

Ossi Parhankangas

ELVYTYSKOULUTUS AURINKORANTA- KODIN HENKILÖKUNNALLE

Sosiaali-, terveys- ja
liikunta-ala

Kevät 2015



KAJAANIN

TIIVISTELMÄ

Tekijä(t): Parhankangas Ossi

Työn nimi: Elvytyskoulutus Aurinkoranta-kodin henkilökunnalle

Koulutusohjelma: Hoitotyö

Asiasanat: elottomuus, elvytys, elvytyskoulutus, mielenterveysasiakas, päihdeasiakas

Elvytyksen tarkoituksena on käynnistää pysähtynyt sydän sellaisella potilaalla, jota uhkaa ennen-aikainen kuolema ja jonka sydänpysähdyksen syy on hoidettavissa (Castren, Aalto, Rantala, Sopanen & Westergård 2009, 268). Peruselvytys koostuu painelu-puhalluselvytyksestä ja defibrillaatiosta. Käypä hoito –suosituksen mukaan elvytyskoulutusta tulisi antaa kaikille sairaaloiden ja terveydenhoitoyksiköiden työntekijöille vähintään kerran vuodessa. Elvytystaidot alkavat heiketä jo 3-6 kuukauden kuluttua koulustilaisuudesta ja juuri se vuoksi säännöllinen harjoittelu on erityisen tärkeää. (Elvytys 2011.)

Opinnäytetyöni on tuotteistettu eli toiminnallinen opinnäytetyö, jonka tilaajana oli Aurinkoranta-koti Oy. Opinnäytetyöni tarkoituksena oli kuvata peruselvytys ja sen toteuttaminen Aurinkoranta-kodissa. Opinnäytetyöni tavoitteena oli kehittää elvytyskoulutuksen avulla henkilökunnan elvytysosaamista ja sitä kautta parantaa hoidon laatua Aurinkoranta-kodissa.

Opinnäytetyöni prosessia ohjaavat kysymykset olivat:

1. Miten tehokas peruselvytys toteutetaan?
2. Millaista on hyvä elvytyskoulutus?

Elvytyskoulutus toteutettiin pienryhmittäin käytännön harjoituksina, jossa jokainen pääsi harjoittelemaan henkilökohtaisesti painelu-puhalluselvytystä. Teoreettisessa viitekehyksessä olen käsitellyt elottomuuden syitä, sen ennaltaehkäisyä ja hoitoa eli elvytystä. Olen kuvannut aikuisen peruselvytyksen protokollan pohjautuen uusimpaan Käypä hoito –suositukseen (Elvytys 2011). Olen käsitellyt myös opetukseen liittyvää teoriaa osana opetustilanteen järjestämistä.

Elvytyskoulutukseen oltiin tyytyväisiä ja henkilökunta koki saaneensa varmuutta elottoman potilaan kohtaamiseen. Aurinkoranta- kodin henkilökunnan keskuudesta olisi hyvä nimetä elvytyskoulutusvastaava, joka huolehtisi jatkossa elvytyskoulutuksen säännöllisestä toteutumisesta.

ABSTRACT

Author(s): Parhankangas Ossi

Title of the Publication: CPR Training for the Nursing Staff of Aurinkorantakoti

Degree Title: Bachelor of Health Care

Keywords: lifelessness, resuscitation, CPR training, mental health client, substance abuse client

The purpose of this thesis was to describe cardiopulmonary resuscitation (CPR) in general and implementation of CPR training in Aurinkorantakoti, a nursing home which was the commissioner of this thesis. The aim was to organize a CPR training session at Aurinkoranta and to improve the nursing staff's competency, thus developing the quality of care provided at Aurinkorantakoti.

The research questions that guided the functional thesis process were the following:

1. What was good CPR training?
2. How was effective CPR training implemented?

The CPR training session was organized to 3-4 members of the nursing staff at a time and consisted of a lecture and individual training with an adult CPR manikin. The training also included exercises to develop the staff's team working and communication skills.

The theoretical framework discusses research data on the reasons for lifelessness, prevention and resuscitation. The resuscitation protocol is based on the newest national guideline. The section on organization of training sessions also introduces teaching theories.

SISÄLLYS

1 JOHDANTO	1
2 ELOTTOMUUDEN HOITO	3
2.1 Elottomuuden syyt ja ennaltaehkäisy	3
2.2 Peruselvytys	6
2.3 Elvytyskoulutus.....	11
2.4 Elvytys Aurinkoranta-kodissa	12
3 TARKOITUS, TAVOITE JA TUTKIMUSTEHTÄVÄ	16
4 ELVYTYSKOULUTUS AURINKORANTAKODISSA	17
4.1 Koulutuspäivän ideointi	17
4.2 Koulutuspäivän suunnittelu	19
4.3 Koulutuspäivän toteutus	21
5 KOULUTUSPÄIVÄN ARVIOINTI	23
6 POHDINTA	26
6.1 Eettisyys	28
6.2 Ammatillinen kehittyminen.....	29
6.3 Johtopäätökset ja jatkotutkimus ehdotukset.....	31
LÄHTEET	33
LIITTEET	

1 JOHDANTO

Peruselvytyksellä tarkoitetaan elottoman potilaan elintoimintojen ylläpitoa ja palauttamista ylläpitämällä keinotekoisesti yllä hengitystä ja verenkiertoa. Peruselvytys koostuu painelu-puhalluselvytyksen vuorottelusta ja defibrillaatiosta eli tasavirtasähköiskusta, jota käytetään kammiovärinän ja kammiotakykardian pysäyttämiseen. (Iivanainen, Jauhiainen & Syväoja 2012, 312; Elvytys 2011.)

Mäkisen (2010) väitöstutkimus osoittaa, että hoitohenkilöstön peruselvytystaidot sairaaloissa ja terveyskeskuksissa ovat heikot. Sairaanhoidon opiskelijoiden ja terveyskeskusten hoitohenkilöstön elvytyskoulutuksesta löytyi puutteita. Tutkimuksen mukaan koulutusta järjestettiin, mutta se ei ollut säännöllistä tai riittävää. Väitöstutkimuksen mukaan elvytystaitojen oppimiseen tarvitaan ohjattua harjoittelua eikä sitä voi korvata esimerkiksi Internet –kurssilla.

Tämän opinnäytetyön tarkoituksena on kuvata peruselvytys ja sen toteuttaminen mielenterveyskuntoutujien ja päihdeasiakkaiden toimintayksikkö Aurinkoranta-kodissa. Osa opinnäytetyötä on elvytyskoulutuksen järjestäminen Aurinkoranta-kodin henkilökunnalle. Koulutus koostuu elvytysnukella tapahtuvasta käytännön harjoittelusta ja teoriaopetuksesta, joka käsittelee elottomuuden syitä, sen ennaltaehkäisyä ja itse elvytystä. Tavoitteena on kehittää Aurinkoranta-kodin henkilökunnan peruselvytystaitoja ja sen myötä parantaa potilasturvallisuutta ja hoidon laatua Aurinkoranta-kodissa.

Koska toimeksiantajani on yksityinen toimintayksikkö, ei koulutuksen säännöllisyyttä valvo tai järjestä säännöllisesti mikään taho. Säännöllinen koulutus on jäänyt näin ollen vähäiseksi eikä sitä elvytyksen osalta ole toteutunut niin usein, että voitaisiin puhua hoitajien elvytystaitojen riittävydestä. Käypä hoito -suosituksen mukaan kaikkien sairaalan ja muun terveydenhuollon yksikön työntekijöiden tulisi saada elvytyskoulutusta vähintään kerran vuodessa. Elvytystaidot alkavat heiketä jo 3-6 kuukauden kuluttua koulutustilaisuudesta ja juuri sen vuoksi säännöllinen harjoittelu on erityisen tärkeää. (Elvytys 2011.)

Tässä opinnäytetyössä on keskitytty aikuisen peruselvytykseen. Peruselvytyksellä tarkoitetaan painelu-puhalluselvytystä yhdistettynä mahdollisimman varhaiseen defibrillaatioon. Ero maallikkoelvytykseen on se, että maallikkoelvytyksessä keskitytään painelu-puhalluselvyytykseen ilman defibrillaattoria. (Elvytys 2011.) Käypä hoito (2011) suositaa maallikoita antamaan pelkkää paineluelvytystä, jos he eivät pysty myös puhaltamaan tai saavat elvytysohjeita puhelimitse.

Elvytys on minua kiinnostava aihe, johon halusin paneutua lisää ja kehittää tietotaitojani tämän opinnäytetyön myötä. Opetusministeriö (2006) määrittelee sairaanhoitajan kliinisen hoitotyön osaamiseen. Siihen sisältyy ensiavun antaminen erilaisissa hoito- ja toimintaympäristöissä, potilaan peruselvytyksen hallinta apuvälineitä käyttäen (PPE + D) ja elvytystoiminnan johtaminen tarvittaessa.

Jotta elvytystaitojen riittävydestä ja hyvästä tasosta voidaan puhua, tarvitaan säännöllistä ja jatkuvaa harjoittelua sekä käytännön kokemusta (Resuscitation 2010). Halusin oman opinnäytetyöni kautta olla edistämässä sekä omaa että Aurinkoranta-kodin henkilökunnan ammatillista kehitystä elvytystaitojen osalta.

2 ELOTTOMUUDEN HOITO

Seuraavassa osuudessa kuvataan teoriaa elottomuudesta, elvytyksestä ja elvytyskoulutuksesta. Lisäksi kuvataan opinnäytetyön toimeksiantajaa sekä mielen-terveys- ja päihdehoitotyötä.

2.1 Elottomuuden syyt ja ennaltaehkäisy

Elottomuudella tarkoitetaan sitä, että sydämessä ei ole verta kierrättävää rytmiä. Potilas ei reagoi puhutteluun ja ravisteluun, eikä hengitä normaalisti. Yleensä sairaalan ulkopuolella tapahtuva sydänpysähdys johtuu rytmihäiriöstä. Ennen elottomuutta potilaan elintoiminnoissa tapahtuu muutoksia, kuten hengitysvaikeus (pinnallinen hengitys, lisääntynyt hengitystyö), tajunnantason muutos ja levottomuus. Lisäksi muutoksia voi olla havaittavissa syketaajuudessa, verenpaineessa, lämpötilassa, happisaturaatiossa ja virtsanerityksessä. Tunnistamalla muutokset ajoissa voitaisiin suurin osa elottomuuksista ennaltaehkäistä. (Castren ym. 2009, 267.)

Elottomuuden syyt voidaan jakaa sydänperäisiin ja muihin syihin. Sydänperäisistä syistä yleisin elottomuuden aiheuttaja on sepelvaltimotaudin aiheuttama sepelvaltimotukos eli sydäninfarkti. Verisuonen ahtauma eli aterooma kehittyy ajan saatossa muun muassa korkean verenpaineen ja hyperkolesterolemian vaikutuksesta. Sepelvaltimoihin kehittyy herkästi näitä ahtaumia, jotka muuttuvat sittemmin tukkeumiksi ja estävät verenkierron aiheuttaen hapenpuutetta sydänlihakselle. Tämän seurauksena on sydäninfarkti, joka pahimmassa tapauksessa aiheuttaa sydämen pysähdyksen. (Peruselvytys 2014; Castren, Korte, Myllyrinne 2012.) Muista kuin sydänperäisistä syistä johtuva elottomuus johtuu yleensä hapenpuutteesta. Hapenpuutteelle voi olla syynä vierasesineen joutuminen hengitysteihin, häämyrkytys, hukuksiin joutuminen tai huono keuhkotuuletus, johtuen esimerkiksi keuhkosairaudesta, kuten COPD:stä eli keuhkoahtaumataudista tai keuhkoemboliasta. Hypovolemia voi olla myös elottomuuden taustalla, ja sen aiheuttajana voi olla runsas ulkoinen tai sisäinen verenvuoto, kuivuminen, anafy-

laktinen reaktio, sepsis tai vasoaktiiviset lääkkeet. Vammoista yleisimpiä elottomuuden aiheuttajia ovat isku rintakehään, runsas verenvuoto tai sähkötapaturma. Erilaiset myrkytykset voivat myöskin olla elottomuuden taustalla. (Peruselvytys 2014; Castren, Korte, Myllyrinne 2012.) Aurinkoranta-kodissa yleisimmät elottomuuteen johtavat syyt ovat sydänperäisten syiden lisäksi hapenpuutteesta johtuva elottomuus. Hapenpuutteen aiheuttaa ruokailutilanteessa hengitystiet tukki-
va ruokamassa. (Manninen 2014.)

Peruselintoimintojen seuraaminen mittaamalla auttaa vuodeosastoilla ja erilaisissa terveydenhuoltoyksiköissä löytämään riskipotilaita. Esimerkiksi verenpaineen ja pulssin mittaaminen auttavat riskipotilaan löytämisessä ja hoidon aloittamisessa siten, että uhkaava sydänpysähdys saadaan ehkäistyä. Riskiä vastaava suunnitelma elintoimintojen mittauksista tulisi laatia potilaskohtaisesti ja henkilökunnalle tulisi laatia selvät ohjeet helpottamaan potilaan heikkenevän tilan tunnistamista. Elottomuutta ennakoivat muutokset voivat ilmetä esimerkiksi seuraavasti: hengitystaajuus laskee alle 5/min tai nousee yli 36/min, happisaturaatio laskee happilisästä huolimatta alle 90 %, syketaajuus laskee alle 40/min tai nousee yli 140/min, verenpaineesta systolinen verenpaine on alle 90 mmHg hoidosta huolimatta ja virtsaneritys voi vähentyä äkillisesti 50 millilitraan 4 tunnin aikana. Muutokset peruselintoiminnoissa ennen elottomuutta voivat tarkoittaa joko vain yhtä tai useampaa muutosta edellä mainituista. (Elvytys 2011.)

Potilaan kuolemanriski kasvaa sitä suuremmaksi, mitä enemmän poikkeamia peruselintoiminnoissa havaitaan. Tämän havainnon pohjalta maailmalla on kehitetty hälyytyskriteereitä vuodeosastojen käyttöön, kuten Early Warning System (EWS) ja Acute – Life threatening Early Recognition and Treatment (ALERT). Vuodeosaston hoitaja pystyy hälyytyskriteerien perusteella yksinkertaisilla peruselintoimintojen mittauksilla tunnistamaan suuren riskin potilaita ja hälyyttämään apua ajoissa. Suomessa on viime vuosina käynnistetty MET –toimintaa. Kyseessä on hätätilapotilaiden arviointiin erikoistunut Medical Emergency Team eli MET –tiimi, jonka tavoitteena on parantaa potilasturvallisuutta. MET –ryhmien kokoonpanossa on sairaalakohtaisia eroja, mutta yleensä ryhmään kuuluu yksi tehohoitoon erikoistunut lääkäri ja 1-2 tehohoitajaa. MET –tiimin konsultaatio voi johtaa potilaan tehostettuun hoitoon ajoissa, ennen palautumattomien elinvauri-

oiden kehittymistä ja elottomuutta. (MET –Apua osastolle elvytystä kevyemmin perustein 2013.)

Selviytymisluvut vaihtelevat eri ensihoitopalveluiden välillä. Koko elvytettävien potilaiden aineistosta selviytyy parhaimmillaan noin 20% ja kammiovärinäalaryhmästä noin 40%. Syynä pieniin selviytymislukuihin on ensihoitoketjun heikkous, sairaalassa annettavan tehohoidon laatu, väestön terveydentila, ravitsemus sekä kulttuurilliset ja sosioekonomiset tekijät. Aikaviive elvytyksen käynnistymiseen ja defibrillointiin sekä maallikkoelvytys ovat tärkeimmät ennusteeseen vaikuttavat tekijät. Osittain ennusteeseen vaikuttavat tekijät riippuvat alkurytmistä. Defibrillointiviive kammiovärinässä on keskeisin ennustettamääräävä tekijä. Lyhyt viive verenkierron palauttamiseen alkurytmistä riippumatta viittaa hyvään ennusteeseen. Jos alkurytminä on asystole ja potilas on löydetty elottomana, ei hänellä ole realistisia mahdollisuuksia selvitä. Sydänperäisen syyn ollessa asystolen taustalla, on potilaan ennuste vielä huonompi. Asystolesta selvinneiden potilaiden sydänpysähdyksen taustalla on ollut hukkuminen, tukehtuminen, hypothermia eli alilämpöisyys tai intoksikaatio eli myrkytys. Muista syistä kehittyneestä asystolesta selviytyminen onkin epätodennäköistä. Jos potilaalla on sydänpysähdyksen ilmaantuessa sepsis, vaikea munuaisten vajaatoiminta tai etäpesäkkeitä lähettänyt syöpä, on hänen elvytyksen onnistuminen erittäin epätodennäköistä riippumatta alkurytmistä. (Kuisma, Holmström, Nurmi, Porthan & Taskinen 2013, 268.)

Ikä on selviytymiseen heikosti vaikuttava tekijä. Iäkkäiden potilaiden elvytyksestä selviytymisessä merkittävin tekijä on sydänpysähdyksen kesto. Iäkkäälläkin on edellytyksiä selvitä lyhyestä eli alle 10 minuutin elvytyksestä, mutta elvytyksen pitkittyessä ennuste on huono. Vaikeat, toimintakykyyn vaikuttavat perussairaudet heikentävät ennustetta luonnollisestikin. Lisäksi on muistettava, että pysyvässä laitoshoidossa ennen sydänpysähdystä olleen potilaan kapasiteetit tuskin riittävät selviämään elvytyksen ja sen jälkeisestä toipumisvaiheesta. (Kuisma, Holmström, Nurmi, Porthan & Taskinen 2013, 269.)

2.2 Peruselvytys

Peruselvytyksellä tarkoitetaan elottoman potilaan elintoimintojen ylläpitoa ja palauttamista pitämällä keinotekoisesti yllä hengitystä ja verenkiertoa. Peruselvytys koostuu painelu-puhalluselvytyksestä ja defibrillaatiosta. Painelujen ja puhallusten suhde on aikuiselle 30 painelua ja 2 puhallusta. (Iivanainen, Jauhiainen & Syväoja 2012, 312; Elvytys 2011.) Elvytyksen tarkoituksena on käynnistää pysähtynyt sydän sellaisella potilaalla, jota uhkaa ennenaikainen kuolema ja jonka sydänpysähdyksen syy on hoidettavissa (Castren ym. 2009, 268).

Elvytyspäättös tulee tehdä enintään kymmenessä sekunnissa, jos potilas ei hengitä eikä reagoi herättelyyn. Sykkeen tunnistelua ei suositella edes terveydenhuoltohenkilöstölle, sillä sen löytäminen on haastavaa ja kuluttaisi vain arvokasta aikaa. Elottomuuden toteamisen jälkeen tulee paineluelvytys aloittaa välittömästi. (Elvytys 2011.) Paineluelvytyksessä rintakehää alas painettaessa sydän puristuu rintalastan ja selkärangan väliin. Painelu aiheuttaa paineenvaihtelua rintakehän sisällä, mikä puolestaan saa aikaan keinotekoisin verenkierron. (Castren, Kinnunen, Paakkonen, Pousi, Seppälä & Väisänen 2005, 283-284.)

Elvytettävän tulee olla selällään vaakatasossa kovalla alustalla. Aikuisen potilaan painelukohta on keskellä rintalastaa ja paineluita tulee tehdä 100-120 painallusta minuutissa. Paineluelvytyksen tulee olla mäntämäistä ja mahdollisimman keskeytyksetöntä eli liikkeen pitää olla mahdollisimman tasaista ja painallusvaiheen yhtä pitkä kuin kohoamisvaihe. Painelussyvyys tulee olla noin 5-6 cm. (Elvytys 2011.) Paineluelvytys on hyvä suorittaa polvillaan lattialla tai elvytettävän sängyssä, jotta elvytyksen teho saadaan maksimoitua. Elvyttäjän ylävartalon paino saadaan näin käytettyä hyväksi ja painantaenergia suuntautuu suoraan alaspäin. Tehokas painelu on hyvin tärkeää aivojen ja sydänlihaksen verenkierron aikaansaamiseksi. (Soppi, Iivanainen, Sikanen & Jouppila-Kupiainen 2014, 63.) Keskeytymättömällä paineluelvytyksellä saadaan elvytettävän verenpainetta nostettua ja mahdollistetaan sydämen oma verenkierto. Näin ollen lisätään todennäköisyyttä sille, että verta kierrättävä rytmi palautuu. (Mustajoki, Alila, Matilainen & Rasimus 2010, 41.)

30 painalluksen jälkeen aloitetaan puhalluselvytys, missä puhalletaan kaksi rauhallista sekunnin kestävästä puhallusta elvytettävän keuhkoihin (Elvytys 2011). Ennen puhalluselvytyksen aloitusta varmistetaan hengitysteiden auki pysyminen puhdistamalla tarpeen mukaan potilaan ylemmät hengitystiet eritteistä, kuten limasta tai oksennuksesta, ja taivuttamalla potilaan päätä taaksepäin leuasta nostamalla ja otsasta painamalla (Castren ym. 2008, 130). Keuhkoihin puhalletaan siis säännöllisin väliajoin riittävä hengitystilavuus (Castren, Kinnunen, Paakkonen, Pousi, Seppälä & Väisänen 2005, 282). Puhalluksen aikana on seurattava, että elvytettävän rintakehä nousee ja laskee havaittavasti puhallusten mukaan. Mikäli puhallus ei onnistu, on syytä tarkistaa, että elvytettävän suu on tyhjä, korjata tämän pään asento ja poistaa mahdolliset tekohampaat, jos ne eivät pysy jäämäkästi paikoillaan. (Elvytys 2011.)

Huono puoli suusta suuhun puhalluksessa on se, että ilma menee helposti mahalaukkuun keuhkojen sijasta. Lisäksi ilman happipitoisuus on vain 16-17% suusta suuhun puhalluksessa. Tämän vuoksi elvytyksessä on pyrittävä mahdollisimman nopeasti ventiloimaan potilasta 100% happipitoisuudella. (Elvytys 2011.) Naamariventilaatiossa potilaan hengitystiet avataan samoin kuin puhalluselvytyksessä. Potilaalle asetetaan nieluputki, jotta kieli pysyy poissa takanielusta eikä ole estämässä ventilaatiota. Naamari tulee asettaa tiiviisti potilaan kasvoille siten, että etusormi ja peukalo ovat naamarin päällä muiden sormien jakautuessa säteittäisesti pitkin leukaa. Naamariin yhdistetään varaajapussillinen hengityspalje, johon elvytyksen aikana johdetaan happea 10-15 l/min. Lisähappea käytettäessä optimaalinen kertahengitystilavuus on sellainen, että rintakehä lähtee nousemaan ja sisäänhengitysaika on noin 1 sekunti. (Kuisma ym. 2013, 273-274.)

Elvytyksessä potilaaseen tulee kytkeä mahdollisimman varhaisessa vaiheessa defibrillointielektrodit. Elektrodien asettaminen ei kuitenkaan saa viivästyttää paineluelvytyksen aloittamista. Defibrillointielektoreja on 2 kappaletta ja ne asetetaan oikean solisluun alle keskisolisinlinjaan ja vasempaan keskikainalolinjaan mamillatason alapuolelle. Jos potilaalla on sisäinen sydämentahdistin, tulee elektrodit asettaa riittävän etäälle tahdistimesta, ettei se vaurioituisi. Defibrillaatiolla tarkoitetaan elottoman potilaan defibrillointia eli tasavirtasähköiskun antamista (150-360J aikuiselle), kun sydämessä rytminä on joko kammiotakykardia (VT)

tai kammiovärinä (VF). Mitä varhaisemmassa vaiheessa nämä rytmit tunnustetaan ja päästään defibrilloimaan, sitä parempi ennuste potilaalla on. (Kuisma ym. 2013, 270, 274.)

Elvytystä tulee jatkaa niin kauan rytmillä 30 painallusta ja kaksi puhallusta, kunnes elvytettävä hengittää, mutta ei herää tai hän alkaa liikkumaan tai kunnes ammattihenkilöstö antaa luvan lopettaa. Yksi syy elvytyksen lopettamiseen voi myöskin olla auttajajan voimien ehtyminen. (Korte & Myllyrinne 2012, 34.)

Yksi elvytystilanteen suurimmista haasteista on se, että auttajalla pitäisi olla rohkeutta auttaa ja hänen tulisi olla elvytystaitoinen (Elvytys 2014). Aikojen saatossa maallikkoelvytys on muuttunut yksinkertaisemmaksi, koska monimutkaiset tai vaihtoehtoiset toimintamallit eivät hätätilanteessa toteudu. Aikaa vievästä sykkeen tunnustelusta elottomuuden toteamiseksi on luovuttu ja maallikoiden elvytyskoulutuksessa käytetään nykyisin vain yhden elvyttäjän tekniikkaa. Lisäksi painelu-puhalluselvytyksen suhteet ovat aikuisen ja lapsen elvytyksessä maallikkoelvyttäjälle samat. Tilanteissa, joissa hätäilmoituksen tekijä ei osaa elvyttää tai on epävarma taidoistaan, hätäkeskuspäivystäjä antaa ohjeet pelkästä paineluelvytyksestä. Joillakin maallikoilla suuri infektiopelko estää antamasta tehokasta painelu-puhalluselvytystä. Todellinen riski saada puhalluselvytyksen yhteydessä vakava infektio (B- tai C- hepatiitti tai HIV) on häviävän pieni. Eettisistä syistä ja infektoriskin minimoimiseksi on tullut puhallusnaamareita ja kasvokelmuja, mutta näiden haasteena on suojien huono saatavuus tositilanteessa. (Kuisma ym. 2013, 270.)

Käypä hoito –suosituksen (Elvytys 2011) mukaan sydänpysähdyksestä selviytymiseen vaikuttaa sen tieteellisen tutkimuksen laatu, johon hoito-ohjeet nojaavat, koulutuksen tehokkuus ja suositusten toimeenpanoon käytettävät resurssit. Kolme merkittävintä elottoman potilaan selviytymiseen vaikuttavaa tekijää ovat seuraavat: potilaan on nähty tai kuultu menevän elottomaksi, alkurytmänä on defibrilloitava rytmi, joka päästään varhain defibrilloimaan sekä varhaisen maallikkoelvytyksen toteutuminen (Kurola 2015). Sydänpysähdykset voidaan luokitella havainnon perusteella kolmeen ryhmään: maallikon havaitsemiin (nähty tai kuultu), löydettyihin ja ensihoitohenkilöstön havaitsemiin sydänpysähdyksiin. Havaitussa sydänpysähdyksessä elottomuuden kesto voidaan arvioida melko tarkasti, kun

taas elottomana löydetty potilas on voinut olla eloton jo pitkään. Elottomana löydetyn potilaan selviytymismahdollisuudet ovat huonommat. Maallikon täytyy normaalitilanteessa havaita ja tunnistaa tilanne ja soittaa 112, ja tämä vie aikaa. Mitä nopeammin elottomuus havaitaan ja elvytystoimet päästään aloittamaan, sitä paremmat mahdollisuudet potilaalla on selvitä. (Kuisma ym. 2013, 259.)

Ensimmäistä elottomuuden jälkeistä rekisteröityä sydämen sähköistä rytmiä kutsutaan alkurytmiksi. Alkurytmillä on tärkeä merkitys ennusteen arvioinnissa ja jatkohoidon suunnittelussa. Jos alkurytminä on kammiovärinä (VF), tiedetään, että potilas ei ole ehtinyt olla kovin kauaa elottomana. (Kuisma ym. 2013, 259, 263.) Alkurytmit voidaan jakaa defibrilloitaviin ja ei defibrilloitaviin rytmiin. Defibrilloitavia rytmejä ovat kammiovärinä (VF) ja kammiotakykardia (VT). Sydämen lihassolut supistelevat kammiovärinässä (VF) omaan tahtiinsa eikä sydämessä ole minkäänlaista pumppaustoimintaa. Pulssittomassa kammiotakykardiassa (VT) kammiot supistelevat niin nopeasti, että verenkierto pysähtyy, koska kammioiden ei ehdi kiertää verta, jota sydämen pumppaustoiminta kuljettaisi eteenpäin. Ilman defibrillointia ja painelu-puhalluselvytystä (PPE) kammiovärinä ja sykkeetön kammiotakykardia muuttuvat asystoliaksi 10-15 minuutin kuluessa sydänpysähdyksestä. (Castren ym. 2009, 269, 273.)

Defibrillaatiossa potilaaseen isketään tasavirtasähköisku, jonka tarkoituksena on palauttaa verta kierrättävä rytmi tai asystolia, jota hoidetaan peruselvytyksellä. Ei defibrilloitavia rytmejä ovat pulssiton rytmi (PEA) ja asystole (ASY). PEA:ssa eli sykkeettömässä rytmissä sydämessä on sähköistä toimintaa, mutta ei mekaanista pumppaustoimintaa, joka kierrättäisi verta. Asystoliassa EKG:ssa näkyy pelkkä suora viiva eikä sydämessä ole sähköistä eikä mekaanista toimintaa. Näiden rytmien tärkein hoito on peruselvytys. (Castren ym. 2009, 269, 273.)

Kun potilas kotiutetaan elossa sairaalasta, puhutaan selviytymisestä. Primaariselviytyminen tarkoittaa potilaan selviytymistä elossa sairaalaan asti ja sekundaariselviytyminen tarkoittaa potilaan kotiutumista sairaalasta kotiin tai entiseen asuinpaikkaansa. Tärkeitä osatekijöitä selviytymiselle ovat potilaan toimintakyky ja elämänlaatu. Jos potilas jää pysyvästi tajuttomaksi tai hänen elämänlaatunsa jää erittäin huonoksi aivovaurion takia, ei selviytyminen ole yksinomaan positiivinen asia. Selviytymisen jälkeistä toimintakykyä voidaan kuvata kahdella asteikol-

la. Overall Performance Category (OPC) -asteikolla kuvataan potilaan kokonais-toimintakykyä ja Cerebral Performance Category (CPC) –asteikolla kuvataan neurologisen vaurion aiheuttamaa toimintakyvyn heikkenemistä. (Kuisma ym. 2013, 259.)

Vuosina 1998–2000 elvytettyjen potilaiden tehohoitotiedoista Malmin, Marian ja Meilahden sairaaloissa tehty tutkimus osoittaa, että tehohoidon vaikutukset selviämislle äkillisen sydänpysähdyksen jälkeen ovat huonosti tunnettuja. Tutkimuksen aineisto koostui sadastakahdesta (102) potilaasta. Tutkimuksessa seurattiin potilaiden ikää, elektrolyyttiarvoja sekä viivettä hälytyksestä verenkierron palautumiselle. Potilaista kymmenen suljettiin pois ”älä elvytä” –päätöksen takia. Noin 68% potilaista kotiutettiin sairaalasta ja 57% heistä oli elossa kuusi (6) kuukautta tapahtuman jälkeen. (Skrifvars, Penttilä, Rosenberg & Castrén 2003.)

Potilaan toimintakyvyn lisäksi selviytymislle tärkeä osatekijä on elämänlaatu. Vuonna 2012 julkaistussa tutkimuksessa oli tarkoituksena selvittää elvytetyn sydänpysähdyspotilaan elämänlaatu kuusi kuukautta elvytyksen jälkeen ja onko uusien elvytys-suositusten myötä kasvanut painelususvyys vaikuttanut elvytyksen jälkeiseen elämään. Aineisto oli koottu vuosina 2009- 2011 elvytetyistä aikuispotilaista (42 miestä ja 13 naista), joiden elvytyksen jälkeinen hoito oli toteutettu Tampereen yliopistollisen sairaalan teho-osastolla. Tutkimustuloksista selvisi, että elvytetyt potilaat arvioivat elämänlaatusa varsin hyväksi. Potilaat, jotka olivat viilennushoidettu, arvioivat elämänlaatusa merkittävästi paremmaksi, kuin potilaat, jotka eivät olleet saaneet viilennushoitoa. Viilennushoidossa potilaan ydinlämpötila lasketaan 12-24 tunnin ajaksi 33 °C:seen. Tutkimuksella ei saatu näyttöä siihen, että uusien elvytysohjeiden myötä elvytettyjen potilaiden elämänlaadussa olisi tapahtunut muutosta. (Hellevuo, Sainio, Tenhunen & Hoppu 2012.)

2.3 Elvytyskoulutus

Ensimmäinen kansallinen elvytyksen hoitosuositus julkaistiin Yhdysvalloissa vuonna 1966. Sydänpysähdyspotilaita kehoitettiin suosituksessa hoitamaan painuelvytyksellä American Heart Associationin (AHA) ohjeiden mukaisesti ja harjoittelemaan elvytystä nukan avulla. Suosituksen mukaan elvytystaitoja pitää opettaa lääkäreille ja muille hoitoalan ammattilaisille. (Resuscitation 81 2010.)

Elvyttämiseen osallistuminen ja elvytyksen osaaminen ovat kansalaisvelvollisuus (Castren ym. 2009, 268). Laki velvoittaa jokaista auttamaan kykyjensä mukaan hätätilanteeseen joutunutta ja soittamaan tarvittaessa hätänumeroon 112 (Tieliikennelaki 267/1981, 57§). Jos terveydenhuollon ammattilainen kieltäytyy elvyttämisestä ilman painavaa syytä, voidaan tekoa pitää rikoksena (Laki terveydenhuollon ammattihenkilöistä 559/1994, 15§).

Väestön elvytyskoulutus sisältää painelu-puhalluselvytyksen opettamisen. Jo 3-6 kuukautta koulutustilaisuuden jälkeen alkavat elvytystaidot vähetä merkittävästi. Suositeltavaa olisikin, että elvytyskoulutusta järjestettäisiin vähintään kerran vuodessa. Elvytyskoulutuksessa on hyvin merkityksellistä, että harjoittelu sisältää henkilökohtaista painelu- ja puhalluselvytyksen harjoittelua sekä palautteenannon toiminnan laadusta Elvytyskoulutuksessa tulisi kiinnittää erityistä huomiota ei-tekniisiin taitoihin, kuten johtamiseen, tiimityöskentelyyn, tilannetietoisuuteen ja kommunikointiin. Itsessään näiden taitojen harjoittelu voi parantaa huomattavasti elvytystuloksia. (Elvytys 2011.) Tässä opinnäytetyössä keskityttiin ainoastaan henkilökohtaiseen painelu- ja puhalluselvytyksen harjoitteluun sekä palautteen antoon toiminnan laadusta.

Koulutuksen tärkein tavoite on lisätä koulutettavan osaamista ja asiantuntijuutta, sekä kannustaa tarkastelemaan omaa toimintaansa ja osaamista jatkuvan kehittymisen kautta. Oppimiskäsityksen muodostaa parhaimmillaan asioiden oikeanlainen ymmärtäminen, konstruktivismi, jossa koulutettava itse ymmärtää oppimisen tapahtuvan henkilökohtaisen ajattelun ja tiedon käsittelyn tuloksena. Konstruktivistisen oppimiskäsityksen mukaan koulutettavan valikoidessa ja yhdistäessä tietoa omiin kokemuksemiinsa tehden niistä uudenlaisia tulkintoja, tapahtuu

oppimista. Keskeistä kouluttautumisessa on oman oppimisen reflektointi eli itsearviointi. (Hakkarainen, Lonka & Lipponen 2005, 18-21.)

Kun pyritään toteuttamaan konstruktivisen oppimisen mukaisia opetusmenetelmiä, on keskeistä huomioida oppijoiden ammatillinen tausta ja asiantuntijuuden aste. Lisäksi koulutukseen osallistuvien erilaiset henkilökohtaiset ominaisuudet, kuten tausta sekä suhtautuminen oppimiseen vaikuttavat oppimisprosessin lisäksi myös siihen, miten opittua sovelletaan oppimistilanteen jälkeen. (Heikkilä 2006, 63-67.) Käypä hoito – suosituksen (2011) mukaan elvytyskoulutusta tulisi järjestää 4-6 hengen ryhmissä. Lisäksi osallistujien ja ohjaajien suhteen pitäisi olla 3-6 osallistujaa yhtä ohjaajaa kohden. Elvytyskoulutusmenetelmiksi suositellaan vuorovaikutteisia keskusteluja, käytännön harjoituksia, klinisiä ongelmanratkaisutilanteita ja johtamisen harjoittelua. Suurin tavoite elvytyskoulutuksessa on kouluttaa elvytystaitoja siten, että tositilanteessa toimittaisiin Käypä hoito -suosituksen mukaisesti. (Mäkinen, Saari & Niemi-Murola 2011.)

Illeriksen (2002) mukaan merkityksellinen oppimistapahtuma sisältää niin sanotun kolmikantaulottuvuuden. Koulutustapahtuma, joka on hyvin toteutettu, sisältää nämä kolme ulottuvuutta: kognitiivinen tietojen ja taitojen oppiminen, emotionaalinen motivoinnin korostaminen sekä sosiaalinen kyky toimia yhdessä. Kognitiivinen ulottuvuus painottuu enemmän aikuiskoulutuksessa, sillä aikuisilla on yleensä tarve ja motivaatio kouluttautumiseen jo valmiiksi olemassa. Merkityksellinen oppimiskokemus ohjaa yksilön elämänkulkua tai muuttaa ja vahvistaa hänen identiteettiään (Antikainen 1996, 251-270).

2.4 Elvytys Aurinkoranta-kodissa

Aurinkoranta-koti on yksityinen tehostetun palveluasumisen mielenterveys- ja päihdeasiakkaiden toimintayksikkö, joka sijaitsee Pohjois-Pohjanmaalla Pyhäjärvellä. Sen toiminta perustuu fyysistä, psyykkistä ja sosiaalista kuntoutumista edistävään ja ylläpitävään palvelukokonaisuuteen. Aurinkoranta-koti tarjoaa tehostettua, yövalvottua palveluasumista sekä kuntoutuspalvelua mielenterveys- tai päihdeongelmalliselle kuntoutujalle. (Aurinkoranta-koti 2012.)

Aurinkoranta-koti koostuu kolmesta 10 henkilön erityyppisestä osastosta, mikä mahdollistaa yksilöllisen ja kodinomaisen asumisen. Samasta pihapiiristä löytyy myös palveluasunto ilman yövalvontaa 10 mielenterveys- ja päihdekuntoutujalle. Sinne on mahdollisuus muuttaa kuntoutumisen edetessä harjoittelemaan itsenäisempää asumista. Aurinkoranta-kodin päivärytmi koostuu tavallisen kodin jokapäiväisistä askareista, kuten ruoanlaitosta, siivoamisesta ja hygienian opettelusta. Päivittäisten askareiden lisäksi asiakkailla on mahdollista asioida kylällä, osallistua retkille sekä työtoimintaan talon omassa puuverstaassa, tekstiilitöissä sekä tallitöissä. Eläimet ja niiden hoito ovat suuri osa Aurinkoranta-kodin työtoimintaa. Hoitohenkilökunta koostuu 17 työntekijästä, joilla kaikilla on terveydenhuoltoalan koulutus sekä tietotaito psykiatrian alalta. Henkilökuntaan kuuluu psykiatrian sairaanhoitaja, viriketyöntekijä, kaksi päihdetyöntekijää ja lähihoitajia. Sosionomin toiminta tulee yksikköön ostopalveluna. (Manninen 2015.)

Aurinkorantakodissa asuu mielenterveys-, sekä alkoholiongelmaisia kuntoutujia. He kuuluvat yhteen kansantautiemme suurimmasta ryhmästä, jonka muodostavat psykiatriset sairaudet ja vakavat mielenterveyshäiriöt. Psykiatrisen hoidon järjestäminen voidaan jaotella kahteen tasoon: perusterveydenhuoltoon ja erikoissairaanhoitoon. Näiden lisäksi mielenterveyspalveluja järjestävät sekä valtakunnalliset että paikallistason järjestöt ja yhdistykset. Perusterveydenhuolto katsotaan ensisijaiseksi hoitopaikaksi kaikissa terveydentilan häiriöissä, tutkimuksissa ja hoidossa. Terveyskeskus vastaa mielenterveyshäiriöiden ”ensiavusta” ja joissakin tapauksissa jatkohoidosta. Sille kuuluu myös arviointi psykiatrisen hoidon toteuttamispaikasta ja kiireellisyydestä. Erikoissairaanhoito voidaan jakaa avo- ja laitoshoitoon. Avohoito käsittää mielenterveystoimistot, nuorisopsykiatrian poliklinikat, lastenpsykiatrian poliklinikat, psykiatriset päiväosastot, kuntoutus- tai palvelukodit, hoitokodit, palveluasunnot, asuntolat sekä päivätoimintakeskukset. Laitushoito-organisaatio koostuu puolestaan psykiatrisesta sairaalasta, josta löytyy suljettuja ja avo-osastoja, akuutti- ja pitkäaikaisosastoja, kuntoutusyksikkö sekä psykogeriatrisia-, nuorisopsykiatrisia- ja lastenpsykiatrisia osastoja. (Punkanen 2001, 22-23.) Aurinkorantakodissa heille on luotu kodinomainen ympäristö.

Mielenterveystyö käsittää mielenterveyden laaja-alaisen edistämisen sekä mielenterveyden häiriöiden ehkäisyn, hoidon ja kuntoutuksen. Sitä toteuttavat terveydenhuollon ja sosiaali-palvelujen lisäksi muut hallinnonalat, kansalaisjärjestöt ja kansalaiset itse. 1990 –luvun aikana lievät mielenterveyden häiriöt ovat lisääntyneet ja jo ennestään suuri tyydyttämätön hoidontarve on kasvanut. (Lehtinen & Taipale 2005.) Mielenterveystyöllä tarkoitetaan yksilön psyykkisen hyvinvoinnin, toimintakyvyn ja persoonallisen kasvun edistämistä sekä mielisairauksien ja muiden mielenterveyden häiriöiden ehkäisemistä, parantamista ja lievittämistä. Varsinaisten mielenterveyspalveluiden lisäksi mielenterveystyöhön kuuluu lain mukaan väestön elinolosuhteiden kehittäminen siten, että elinolosuhteet ehkäisevät ennalta mielenterveyden häiriöiden syntyä, edistävät mielenterveystyötä ja tukevat mielenterveyspalvelujen järjestämistä. Mielenterveyspalveluiden järjestämisvastuu on kunnalla. Erikoissairaanhoidona annettavista mielenterveyspalveluista vastaa kunkin alueen sairaanhoitopiirin kuntayhtymä. (Mielenterveyslaki 1116/1990, 4§.)

Päihdetyö voidaan jakaa terveyttä edistävään, ennalta ehkäisevään, varhaisvaiheen päihdehoitotyöhön sekä hoitavaan ja kuntouttavaan päihdehoitotyöhön (Inkinen, Partanen & Sutinen 2000, 98). Päihteellä tarkoitetaan alkoholijuomaa tai muuta päihtymistarkoituksessa käytettävää ainetta (Päihdehuoltolaki 41/1986, 2§). Päihderiippuvuudella voidaan tarkoittaa ihmistä, jolla on pakonomainen tarve saada päihteitä jatkuvasti tai ajoittain, eikä hän pysty hallitsemaan suhdettaan riippuvuudenkohteeseen. Tämä voi olla psyykkistä, fyysistä tai sosiaalista riippuvuutta. Kun elimistö on tottunut päihteeseen tai riippuvuuden kohteeseen, puhutaan fyysisestä riippuvuudesta. Päihteen puute voi aiheuttaa elintoiminnoissa eriasteisia häiriöitä, jotka ilmenevät vieroitusoireina. Psyykkisessä riippuvuudessa käyttäjä kokee päihteiden käytön välttämättömäksi hyvinvoinnilleen. Psyykinen riippuvuus alkaa useimmiten kehittyä ennen fyysistä riippuvuutta. Sosiaalisella riippuvuudella tarkoitetaan puolestaan ihmisen verkostoitumista sosiaalisesti sellaiseen ryhmään, jossa päihteiden käytöllä on keskeinen asema. (Inkinen, Partanen & Sutinen 2000, 31.)

Päihdehuollon järjestämisvastuu on kunnalla. Kunnan on huolehdittava, että päihdehuolto on sisällöltään ja laajuudeltaan sellainen kuin kunnassa esiintyvä

tarve edellyttää. Tärkein päihdehuollon tavoite on ehkäistä ja vähentää päihteiden ongelmakäyttöä sekä siihen liittyviä sosiaalisia ja terveydellisiä haittoja sekä edesauttaa päihteiden ongelmakäyttäjän ja hänen läheistensä turvallisuutta ja toimintakykyä. Päihdehuollon toimenpiteiden ja palvelujen järjestäminen ja kehittäminen kuuluu sosiaalihuollon osalta sosiaalilautakunnalle ja terveydenhuollon osalta terveyslautakunnalle. (Päihdehuoltolaki 41/1986, 3§.)

Alkoholiongelma kietoutuu usein mielenterveyden ongelmiin. Alkoholin liikakäyttö voi vaurioittaa lähes jokaista elintä, aiheuttaen useita liitännäissairauksia, kuten alkoholimyrkytys, haimatulehdus, syöpäsairaudet, alkoholiepilepsia, aivovammat, kardiomyopatia eli sydänlihassairaus, kohonnut verenpaine sekä mielenterveysongelmat. (Alkoholiongelmaisen hoito 2011.) Kohonnut verenpaine vahingoittaa verisuonistoa ja on riski muun muassa sydäninfarktille ja aivohalvaukselle, mitkä voivat johtaa elottomuuteen (Mustajoki 2014). Tupakointi on hyvin yleistä Aurinkoranta-kodin asiakkaiden keskuudessa, mikä pahentaa riskiä sairastua sydän- ja verisuonisairauksiin ja täten myös riskiä mennä elottomaksi. Ruokailutilanteet ovat usein levottomia hetkiä mielenterveys- ja päihdeasiakkaalle. Ahmiminen ja kiire syödä ovat yleisiä ilmiöitä. Asiakkailla on usein vääristynyt käsitys siitä, kuinka paljon ruokaa voi nielaista kerralla. Tämä johtaa usein ruoan ”henkeen vetämiseen”, mikä on todellinen uhka elottomuudelle. (Manninen 2014.)

3 TARKOITUS, TAVOITE JA TUTKIMUSTEHTÄVÄ

Tämän opinnäytetyön tarkoitus oli kuvata peruselvytys ja sen toteuttaminen Aurinkoranta-kodissa. Opinnäytetyön tavoitteena oli kehittää elvytyskoulutuksen avulla henkilökunnan elvytysosaamista ja sitä kautta parantaa hoidon laatua Aurinkoranta-kodissa.

Opinnäytetyötäni ohjaavat kysymykset olivat:

1. Miten tehokas peruselvytys toteutetaan?
2. Millaista on hyvä elvytyskoulutus?

4 ELVYTYSKOULUTUS AURINKORANTAKODISSA

Ammattikorkeakoulun opinnäytetyö voidaan toteuttaa tutkimuksellisesti tai toiminnallisesti. Toiminnallinen opinnäytetyö voi olla ammatilliseen käytäntöön suunnattu ohje, opastus tai tapahtuma. Tällainen opinnäytetyöprosessin kautta valmistettu tuote tulee suunnata kohderyhmän mukaan. Tuote voi olla toteutettu materiaalisesti, digitaalisesti tai esityksenä. Tekijän tulee pohjustaa tuotteen taustalle tutkimustietoa. (Vilkkä & Airaksinen 2003, 9, 154.) Laadukkaan tuotteen valmistamiseksi on sosiaali- ja terveysalalla käytettävä uusimpia lääketieteellisiä tutkimuksia tuotteen valmistamisen pohjalla (Jämsä & Manninen 2000, 47-49).

Toiminnallinen opinnäytetyö on prosessi, joka vaatii tekijältään etukäteen suunnittelua. Toimintasuunnitelma toimii tärkeänä apuvälineenä opinnäytetyön tekijälle. Asioiden tulee olla opinnäytetyön tavoitteiden ja aiheen kannalta sisäistettyjä, harkittuja ja perusteltuja. Suunnitelmasta pitää käydä ilmi mitä ollaan tekemässä, miten ja minkä vuoksi. (Vilkkä & Airaksinen 2003, 26.)

4.1 Koulutuspäivän ideointi

Ensimmäinen vaihe opinnäytetyössä on aiheanalyysi eli aiheen ideointi. Ideointivaiheessa on tärkeää miettiä, millaiset asiat tuntuvat kiinnostavalta ja motivoivalta. Oman asiantuntemuksen syventäminen aiheesta opinnäytetyön kautta on tärkeää. Ideointivaiheessa on erityisen tärkeää myös huomioida toimeksiantajan tarpeet ja toiveet. (Vilkkä & Airaksinen 2003, 23.)

Tämän opinnäytetyön ideointi alkoi keväällä 2014, jolloin aihealue täsmentyi ja lähteiden etsiminen aloitettiin. Aiheen valinnassa nousi merkitykselliseksi se, että aihe on kiinnostava, sisältää konkreettista toimintaa ja on hyödyksi sekä itselleni että toimeksiantajalle. Oma työskentely ensihoidon alalla teki aiheen valinnasta helpon. Toimeksiantajaksi löytyi ideointivaiheessa mielenterveys- ja päihdeyksikkö Aurinkoranta-koti Pyhäjärveltä. Elvytyskoulutuksen puute kyseisessä paikassa tarjosi minulle sopivan opinnäytetyöaiheen. Entisenä työpaikkanani Aurinko-

ranta-koti tarjosi lisäksi tutun toimintaympäristön. Toimintayksikön resurssien ja toimintamallien tunteminen tuki huomattavasti sen tarpeisiin vastaamista.

Ensimmäisessä yhteisessä palaverissa Aurinkoranta-kodissa ideoimme ja pohdimme toimeksiantajan kanssa elvytyskoulutuksen käytännön toteutusta ja sisältöä. Koulutukseen kaavailtiin osallistuvaksi suurin osa Aurinkoranta-kodin henkilökunnasta eli 10-15 henkilöä. Suhteellisen pienen osallistujamäärän vuoksi päätettiin, että koulutus toteutettaisiin yhden päivän aikana keväällä 2015. Toteutus suunniteltiin tapahtuvaksi 3-4 hengen ryhmissä. Elvytystilanteen sattuessa henkilökuntaa olisi paikalla saman verran, joten pienryhmäkoulutus koettiin järkeväksi toteutusmuodoksi. Toteutuspaikaksi sovittiin Aurinkoranta-koti Pyhäjärvellä. Elvytyskoulutus on alusta alkaen suunniteltu vastaamaan Aurinkoranta-kodin tarpeisiin, joten oli loogista valita toteutuspaikaksi samat tilat. Elvytysnukke ja muu välineistö lainattaisiin Kajaanin ammattikorkeakoululta. Elvytysnukke oli sieltä helposti saatavilla ilmaiseksi, joten kustannukset koituivat pääosin matkoista. Elvytyskoulutus aloitettaisiin lyhyellä teoria-asioiden kertauksella, minkä jälkeen olisi käytännön elvytysharjoituksia. Harjoitusten jälkeen pidettäisiin koulutuksen loppuyhteenveto, jolloin kerättäisiin palautekyselyt ja keskusteltaisiin mahdollisten kysymyksien pohjalta.

Teoriakoulutuksen osuus päädyttiin pitämään minimaalisena. Tämä siitä syystä, että kaikilla kohderyhmäläisillä on jokin sosiaali- ja terveystieteen tutkinto takana ja sen myötä tarvittava teorianäkemys. Toimitin yksikköön etukäteismateriaalina Suomen Punaisen Ristin tekemän kaavion elvytyksen protokollasta (Liite 2). Opetustilanteessa keskityttäisiin siis jo kaikille tuttujen asioiden kertaamiseen ja tärkein painopiste pidettäisiin käytännön harjoituksissa.

Lähteitä etsiessä on käytetty hyväksi eri tietokantoja ja tiedonhakupäilyä, kuten Arto, Theseus, Kajak ja Linda. Hakusanoina on käytetty muun muassa seuraavia: elvytys, koulutus, oppiminen. Tarkoituksena oli löytää mahdollisimman tarkkoja, aiheeseen liittyviä lähteitä. Lähteet on valittu niiden luotettavuuden ja tuotteen perusteella. Lähdevalinnat perustuvat pääosin kirjallisiin ja aiheesta julkaistuihin tutkimuksiin.

Opinnäytetyön taustan selvittämisen laajuus ja sisältö määräytyvät työn laajuuden mukaan. Taustaa selvittäessä on syytä miettiä, mitkä tiedot ovat tarkoituksenmukaisia työn toteutuksen kannalta. (Rissanen 2002, 40.) Tarkoituksenmukaisia tietoja ovat tiedot kohderyhmästä sekä tieto siitä, mitä työllä voi kohderyhmälle tarjota. Myös aiheesta tehty kirjallisuus ja mahdolliset tehdyt tutkimukset on hyvä selvittää. (Vilkkä & Airaksinen 2003, 27.)

Aurinkoranta-kodin kaikilla ohjaajilla on päihdetyön, sosiaali- ja/tai terveydenhuoltoalan koulutus sekä tietotaito psykiatrian alalta. (Aurinkoranta-koti 2012.) Kaikki työntekijät ovat siis saaneet ensiapukoulutusta ainakin opiskeluaikoinaan. Aurinkoranta-kodissa elvytyskoulutusta ei kuitenkaan ole järjestetty lainkaan, joten tarve henkilökunnan elvytyskoulutukselle oli suuri. (Manninen 2014.)

Aurinkoranta-koti perustaa kaiken toimintansa kodinomaisuuteen. Sieltä ei löydy defibrillaattoria, laskimoyhteyden avaamiseen tarkoitettua välineistöä, elvytyslääkkeitä eikä hengityksen tukemiseen tai ventilointiin elvytystilanteessa tarvittavaa välineistöä. Edellä mainittuja välineitä ei myöskään ole suunnitteilla hankkia lähiaikoina, joten niiden käyttöä ei ole mielekästä lähteä tässä yhteydessä käsittelemään. Elvytyskoulutus rajattiin näin ollen pelkästään perus- eli painelupuhalluselvytykseen. (Manninen 2014.)

4.2 Koulutuspäivän suunnittelu

Ilman hyvää suunnitelmaa ei pääse hyvään lopputulokseen. Suunnitelma on kirjallinen työ, missä määritellään lähtötilanne ja suunnitellaan työn eteneminen kohti päämäärää. Suunnitelma, joka on huolella laadittu, auttaa löytämään työn todellisen idean ja antaa toteutukseen vahvuutta. (Rissanen 2002, 54, 184.)

Suunnitelman työstäminen aloitettiin keväällä 2014. Tässä vaiheessa opinnäytetyön aihe oli muodostunut, toimeksiantaja varmistunut ja elvytyskoulutuksen sisältöä suunniteltu. Elvytyskoulutuksen toteutuksen suunnittelussa pohdittiin parasta toteutustapaa oppimisen kannalta. Oppimismenetelmän valinnassa päädyttiin käytännön harjoitteisiin demonstraatio-tyyppisesti. Demonstraatiolla tarkoitetaan jonkin idean, taidon tai toimintamallin esittämistä tosi tilanteen ulkopuolella

ja siitä tekemällä oppimista. Opetusmuotona demonstraatio sopii parhaiten käytännön taitojen opettamiseen. (Opetusmenetelmät opetuksen monipuolistajana 2006.)

Elvytyskoulutus päädyttiin järjestämään 3-4 hengen pienryhmissä. Pienryhmätoeutuksella pyritään parempaan oppimistulokseen ja opetustilanteen hyödyn maksimointiin vastaten toimeksiantajan tarpeisiin. Elvytystilanteen sattuessa Aurinkoranta-kodissa henkilökuntaa olisi paikalla 3-5 henkilöä, joten järjestämällä opetustilanne pienryhmittäin saadaan koulutuksesta mahdollisimman todellista tilannetta mukaileva kokonaisuus. (Manninen 2014.)

Suunnittelimme yhdessä toimeksiantajan kanssa koulutuspäivän aikataulun. Toimeksiantajan toive oli, että koulutus aloitettaisiin sovittuna päivänä aikaisintaan kello 10, jolloin aamurutiinit asiakkaiden kanssa olisi hoidettu. Yhden pienryhmän opetustilanteen kestoiksi suunniteltiin noin 60 minuuttia, josta 10 minuuttia koostuisi teoriaosuuden kertaamisesta, itse käytännön harjoittelu veisi noin 30 minuuttia ja lopussa aikaa olisi käytettävissä keskustelulle ja kysymyksille. Kunkin ryhmän opetustilanne päättyisi 2-5 minuuttia aikaa vievään palautekyselylomakkeen täyttämiseen. Palautekyselylomakkeesta haluttiin lyhyt ja ytimekäs, jotta se houkuttelisi koulutukseen osallistujista mahdollisimman monia vastaamaan. Kysymysten laatimisen perustana toimi opinnäytetyön tutkimustehtävät, ja tavoitteena olikin saada tukea tutkimustehtäviin palautekyselylomakkeiden vastauksilla.

Laadin koulutuspäivästä kirjallisen tiedotteen (Liite 1), jonka toimitin hyvissä ajoin Aurinkoranta-kotiin. Toimeksiantosopimuksen kirjoitimme Aurinkoranta-kodin kanssa heti opinnäytetyösuunnitelman hyväksymisen jälkeen. Elvytyskoulutuksen järjestäminen sovittiin toimeksiantajan kanssa kesäkuulle 2015.

4.3 Koulutuspäivän toteutus

Toiminnallisessa opinnäytetyössä raportti selostaa, kuvaa ja perustelee mitä tehtiin ja miksi tehtiin (Vilkka & Airaksinen 2003). Elvytyskoulutus toteutettiin 02.06.2015 Aurinkoranta-kodin tiloissa Pyhäjärvellä. Toteutuspaikaksi valikoitui henkilökunnan sosiaalityilat, missä elvytyskoulutukselle oli hyvin tilaa toteuttaa. Tilat olivat erillään asiakastiloista, mikä takasi rauhallisen ympäristön toteutukselle eikä häirinnyt Aurinkoranta-kodin päivittäistä toimintaa. Oppimisympäristön rauhallisuutta vahvisti myös tilojen pastillinsävyinen värimaailma. Oppimisympäristöllä tarkoitetaan tilaa, jossa oppijalla on käytössään resursseja, joiden avulla he oppivat helpommin asioita (Manninen, Burman, Koivunen, Kuittinen, Luukanen, Passi & Särkkä 2007, 22). Oppimisen laatuun vaikuttaa suuri määrä muuttujia, jotka yhdistyvät jokaisessa oppimisympäristössä ominaisella tavalla muodostaen pedagogisen ympäristön. Fyysinen oppimisympäristö voi olla miellyttävä, viihtyisä ja jopa terapeuttilinen. (Ahvenainen, Ikonen & Koro 2002, 197.) Tilaisuus alkoi klo 12.00. Ennakkoilmoittautumisten perusteella paikalle odotettiin 10-15 henkilökunnan jäsentä, mutta johtuen äkillisistä esteistä, kuten päällekkäisistä menoista ja sairastapauksista, koulutukseen osallistui lopulta kuusi (6) henkilöä.

Elvytyskoulutus kesti kaiken kaikkiaan noin kolme tuntia sisältäen kahden ryhmän koulutuksen. Koulutusmateriaalin esillepano kävi nopeasti. Koulutustilat oli valmiiksi mietitty, joten paikanpäällä tarvitsi vain nostaa elvytysnukke omalle paikalleen sen säilytyslaukusta. Koulutuksen alussa kouluttaja esitteli itsensä: kertoi nimensä, opiskelualansa ja -paikkansa, opinnäytetyöstään ja koulutusaiheestaan. Elvytyskoulutuksessa sisältö koostui teoriaopetuksesta ja käytännön elvytysopetuksesta.

Teoriaosuuden kertaaminen toteutettiin heti koulutuksen alussa. Teoriaosuus käytiin kouluttajajohtoisesti läpi hyödyntäen SPR:n valmista elvytysprotokollaa, mikä oli toimitettu etukäteismateriaalina Aurinkorantakotiin. Kirjoitetun tekstin lisäksi oppimisen kannalta on hyvä esittää myös kuvallisesti ajatukset ja ilmiöt. Kuvallinen esittäminen tukee oppijan tehokasta havaintojärjestelmää ymmärryksen apuna. (Hakkarainen, Lonka & Lipponen 2002, 126.) Teoriaosuuden kertaaminen kesti arviolta noin 10 minuuttia. Teoriaosuuden jälkeen siirryttiin harjoit-

telemaan käytännönharjoituksina peruselvytystä ilman defibrillaatioita. Käytännönharjoitukset toteutettiin yksilöharjoituksina. Jokainen harjoitteli vuorotellen puhalluselvytystä ja paineluelvytystä. Yksilöharjoittelu mahdollisti kouluttajalta yksilöllisen ohjaamisen ja vuoroaan odottavat saivat samalla hyvää kokemusta katsomalla toistensa harjoittelua. Käytännönharjoitukset toteutettiin suunnitelmien mukaisesti palautetta antavalla elvytysnukella, joka lainattiin Kajaanin ammattikorkeakoululta. Nuken palautteen anto näkyi väriasteikolla, mikä arvioi joko punaisella (liian voimakas), keltaisella (riittämätön) tai vihreällä (riittävä) väriellä oliko painelun syvyys oikea ja puhallus riittävää. Elvytysnukke oli sijoitettu koulutustilojen lattialle kovan elvytysalustan takaamiseksi.

Jokainen koulutettava pääsi itsenäisesti harjoittelemaan sekä painelu- että puhalluselvytystä. Erillisiä suusuoja puhalluselvytyksen harjoittelussa ei ollut käytössä, vaan nuken suuosa puhdistettiin antiseptisellä puhdistusaineella jokaisen osallistujan välissä. Jokaiselle osallistujalle annettiin keskittymisrauha puhallus- ja paineluelvytyksen harjoitteluun. Aikaa ei oltu rajattu yksilöä kohden vaan jokainen sai käyttää sitä sen verran kuin koki tarpeelliseksi. Kouluttajan antaman palautteen lisäksi palautetta antava elvytysnukke mahdollisti tekniikan muokkaamisen välittömästi harjoitteiden aikana. Itsenäisissä painelu- ja puhalluselvytysharjoituksissa riitti tekemistä niin paljon, että kouluttaja päätti pidättäytyä varsinaisista tiimityöskentelyharjoituksista kokonaan. Koulutustilaisuudessa käytiin läpi myös lisäavun pyytäminen, mikä tulee tehdä heti elottomuuden toteamisen yhteydessä huutamalla kovaäänisesti lisää henkilökuntaa elvytettävän luo ja soittamalla hätänumeroon 112.

Harjoitteluosuus kesti noin 30 minuuttia, minkä jälkeen osallistujilta kerättiin kirjallinen palaute valmiiksi laaditulla palautekyselylomakkeella (Liite 3). Palautekyselyjen keruussa korostettiin anonymiteettiä ja palautteiden luotettavaa käsitteilyä. Kirjallisen palautteen anto vei aikaa noin 2-3 minuuttia. Palautekyselylomakkeet on analysoitu tämän opinnäytetyön arviointi-osuudessa. Käytännönharjoittelun yhteydessä kävimme keskustelua koulutustilanteesta ja elvytyskoulutukseen osallistujien omista elvytyskokemuksista. Palautelomakkeen täytön yhteydessä koostimme yhteen koulutustilaisuuden antia.

5 KOULUTUSPÄIVÄN ARVIOINTI

Yksi tärkeä osa oppimisprosessia on oman opinnäytetyön kokonaisuuden arviointi ja myös se voidaan toteuttaa kriittisesti tutkivalla asenteella. Toiminnallisen opinnäytetyön arvioinnissa olisi hyvä käsitellä aihepiirin, idean tai ongelman kuvaus, asetetut tavoitteet, teoreettinen viitekehys ja tietoperusta sekä kohderyhmä. (Vilkkä & Airaksinen 2003, 154, 156.)

Yksi keskeisimmistä arvioinnin kohteista on toteutustavan arviointi, johon kuuluu keinot tavoitteiden saavuttamiseksi ja aineiston kerääminen. Toteutustavan arviointiin voidaan liittää myös käytännön järjestelyjen onnistuminen tapahtuman järjestämisessä. (Vilkkä & Airaksinen 2003, 157, 158.)

Tavoitteiden saavuttamisen arviointiin on usein mielekästä kerätä kohderyhmältä palaute, jotta prosessin arviointi ei jäisi subjektiiviseksi (Vilkkä & Airaksinen 2003, 157). Oma arviointi opetustilanteesta ei välttämättä kehitä oppimisen taitoja, vaan tarvitaan luotettavaa palautetta ulkopuolisilta. Ympäristön hyvä käyttö auttaa myös kehittämään omaa toimintaa ja osaamista. (Mäkinen 2004.) Palautteella on hyvä pyytää kommentteja esimerkiksi tapahtuman onnistumisesta. On tärkeää muistaa, että opinnäytetyön tulee olla ammatillisesti kiinnostava ja jollakin tavalla merkittävä kohderyhmälle. (Vilkkä & Airaksinen 2003, 157.)

Palautekyselylomakkeesta (Liite 3) laadittiin puolistrukturoitu kyselylomake. Puolistrukturoidulla kyselylomakkeella tarkoitetaan sitä, että suurin osa lomakkeen kysymyksistä on strukturoituja. Lomakkeella voi kuitenkin olla myös kokonaan avoimia kysymyksiä. Strukturoidulla kyselyllä on luotettavuutta lisäävä puoli. Kyselyssä sekä kysymys että siihen tulevat vastausvaihtoehdot on annettu ennalta, joten vääriä tulkintoja ei pääse tulemaan. (Strukturoitu haastattelu 2015.)

Tämän opinnäytetyön arviointi koostuu kohderyhmältä saadusta suullisesta palautteesta, kerätystä kirjallisesta palautteesta ja omasta arvioinnista. Elvytyskoulutus koettiin hyvin tarpeelliseksi. Koulutuksen sisältämät asiat eivät sinällään olleet uusia Aurinkorantakodin hoitohenkilökunnalle, koska heillä kaikilla on taust-

talla jokin sosiaali- ja terveysalan tutkinto. Koulutuksen tuoma kertaus koettiin todella tärkeäksi ja toipa se mukanaan osalle koulutettavista myös uutta tietoa.

Saadusta suullisesta palautteesta kävi ilmi, että koulutukseen oltiin tyytyväisiä. Henkilökunta koki koulutustilanteen olleen rento ja rauhallinen, minkä keskiössä oli oppiminen eikä taitojen testaaminen. Henkilökunnan jäsenet olivat kokeneet koulutukseen osallistumisen olleen korkean kynnyksen takana, johtuen epävarmuudesta omaa osaamista kohtaan. Tämä tuntemus oli kuitenkin kadonnut heti koulutuksen alettua, kun kouluttaja oli osannut luoda rennon ja innostavan ilmapiirin.

Henkilökunta antoi kiitosta palautettava antavan nukan käytöstä elvytyskoulutustilanteessa. He kokivat palkitsevaksi sen, että suoran palautteen annon myötä omaa elvytystekniikkaa pystyi tarpeen mukaan muuttamaan heti ja oikean tekniikan ylläpito oli helpompaa. Vaikka kaikille koulutukseen osallistuneille koulutus ei antanut uutta tietoa, koettiin se tärkeäksi kertaustilanteeksi. Henkilökunta koki elvytyskoulutuksia järjestettävän liian harvoin.

Koulutustilaisuuden jälkeen kerättiin kirjallinen palaute valmiiksi laaditulla palautekyselylomakkeella. Palautekyselylomakkeita saatiin takaisin kuusi kappaletta. Kaikki vastanneet kokivat elvytyskoulutuksen vastanneen heidän odotuksiaan. Perusteluiksi oli annettu muun muassa seuraavaa:

”Tarvittavat asiat kerrattiin”.

”Veresti vanhoja taitoja ja antoi uutta tietoa”.

”Elvytys tuli kerrattua ja muisteltua unohdettuja asioita”.

”Hyvää kertausta kaikille”.

Lisäksi kaikki vastanneet kokivat, että koulutus lisäsi heidän valmiuksiaan kohdata eloton potilas. Harjoittelu palautti mieleen jo unohdettuja asioita ja lisäsi varmuutta. Osa koki elvytystekniikan harjoittelun hyvin tärkeäksi. Vastaajista kaksi koki saaneensa myös uutta oppia elottoman potilaan kohtaamiseen, kuten hyviä vinkkejä elottoman potilaan herättelyyn.

Vastanneiden mielestä koulutuksessa oli onnistunutta ajallisesti sopiva kesto. Koulutus oli heidän mielestään tarpeeksi lyhyt ja ytimekäs, mikä sisälsi pääasioiden kattavan läpikäynnin. Kouluttajan antamat ohjeet koettiin selkeiksi ja hyvin selitetyiksi. Positiivista palautetta sai myös kouluttajan hyvä tieto-taito sekä asiallinen, mutta rento ohjeistus. Kenenkään vastanneiden mielestä koulutuksessa ei ollut mitään kehitettävää.

Hoitohenkilökunta oli motivoitunutta ja innostuneita elvytyskoulutuksesta. Koulutukseen osallistuvien määrä jäi harmittavasti suunniteltua pienemmäksi, johtuen sairastapauksista ja samanaikaisesti töissä olosta. Koulutukseen varattu aika oli juurikin riittävä. Runsaan keskustelun vuoksi aikaa olisi toki saanut kulumaan vieläkin enemmän.

Elvytyskoulutus Aurinkorantakodissa onnistui suunnitelmien mukaisesti. Koen oman valmistautumiseni olleen riittävää, mikä kertoo tarkan ja hyvän suunnitelman merkityksestä. Hyvä valmistautuminen antoi varmuutta lähteä pitämään koulutusta. Koen onnistuneeni opetustilanteessa hyvin. Tuttu asia ja huolellinen valmistautuminen antoivat varmuutta esiintymistilanteeseen. Itse koulutustilanteessa en koe jännittäneeni, vaan pystyin luomaan rennon ilmapiirin huumorin avulla. Ulosantini pysyi koulutuksen ajan selkeänä ja koulutus eteni johdonmukaisesti.

6 POHDINTA

Pohdinnassa olen käsitellyt opinnäytetyöni etenemistä, raporttiosuuden luotettavuutta ja eettisyyttä sekä oman ammatillisen kasvun merkitystä opinnäytetyöprosessissa.

Opinnäytetyöni toteutui tuotteistamisprosessin kautta, mitä edelsi pohdinta koko työn etenemisen ajan. Teoriatieto kytkeytyy tuotteen valmistumisen tueksi ja toteutuksen aikaiset valinnat ohjautuvat teoreettisten valintojen kautta. Tuotteen sisällön tulee lisäksi perustua tutkittuun tietoon. (Vilkkä & Airaksinen 2003, 154-155, 158.) Tuotteistamisprosessin aloitus edellyttää myös kehitystarpeen tai ongelman tunnistamista, jolloin arvioidaan tuotteen tarvetta (Jämsä & Manninen 2000, 85). Opinnäytetyöhön muodostuu teoreettinen viitekehys tiedon etsinnän kautta. Käsitteiksi valitsin: elottomuus, elvytys, elvytyskoulutus, mielenterveysasiakas, päihdeasiakas. Aiheen rajaaminen osoittautui ennakoitua helpommaksi, sillä toimeksiantajan resurssit ja puitteet loivat selkeät linjat tuotteen sisällölle ja toteutukselle.

Luotettavuuden arviointiin voidaan tuotteistamisprosessissa käyttää laadullisen tutkimusmenetelmän luotettavuuden kriteereitä. Kankkusen & Vehviläinen-Julkusen (2013, 204-205) mukaan kaikki luotettavuuden kriteerit eivät sovellu kaikkien aineistojen käyttöön, vaan oleellista on, että opinnäytetyön tekijät valitsevat oikeat luotettavuuden kriteerit oman työnsä aineiston pohjalta. Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen (2013,197) esittelevät luotettavuuden kriteereinä siirrettävyyden, uskottavuuden, riippuvuuden ja vahvistettavuuden. Pohdin opinnäytetyöni ja tuotteen luotettavuutta siirrettävyyden ja uskottavuuden kautta.

Siirrettävyys tarkoittaa tulosten siirrettävyyttä toiseen ympäristöön samanlaisessa muodossa (Saaranen-Kauppinen & Puusniekka 2006b). Tässä opinnäytetyössä se tarkoittaa, että koulutuskokonaisuus on sellaisenaan siirrettävissä tai yleistettävissä myös muihin kohteisiin tai ympäristöihin. Elottomuus ja elvytys ovat asioita, jotka eivät muutu ympäristön mukaan. Ainoastaan syyt elottomuu-

delle voivat vaihdella ympäristön vaihdoksen mukaan. Opinnäytetyöni koulutuspäivän tuotantosuunnitelma voi toimia valmiina suunnitelmapohjana, poikkeuksena koulutuksen aikataulu ja toteutuspaikka. Elottomuus ja elvytys ovat selkeästi määriteltävissä olevia käsitteitä, joista löytyy runsaasti tietoa. Aiheen rajaamisen peruselvytykseen ilman defibrillaattoria koin helpoksi, sillä rajat tälle määritteli kohderyhmä. Haastavaksi koin tiedon rajaamisen opinnäytetyöhöni, koska tietoa oli saatavilla runsaasti. Valitsin tarkastelun alle mielenterveys- ja päihdeasiakkaan, jotta pystyisin vastaamaan paremmin toimeksiantajan tarpeisiin. Lisäksi näiden käsitteiden avaamisella sain paremmin tuotua esille mielenterveys- ja päihdeasiakkaisiin liittyvät erityispiirteet, kuten elottomuuteen johtava syyt.

Uskottavuus tarkoittaa selkeää menetelmien läpi käymistä. Menetelmien läpi käynnillä ulkopuolinen lukija ymmärtää miten tutkimus on toteutettu ja havaitsee tutkimuksen heikkouden ja hyvät tekijät. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2013, 198.) Kuvasin tuotteistamisprosessin etenemisen tarkasti eri vaiheittain. Lähdeviittausten valinnassa käytin lähdekritiikkiä. Hirsjärven ym. (2009, 113,189) mukaan lähdekritiikin huomioiminen tutkimuksessa edellyttää valintoja lähteiden käytössä. Erityisen haastavaksi koin elvytyskoulutusta käsittelevien tutkimusten löytämisen, mikä selittynee sillä, että aiheesta ei ole tehty juurikaan tutkimuksia. Luotettavuuden lisäämiseksi käytin uusimpia tutkittuun tietoon perustuvia lähteitä ja tutkimustuloksia.

Suunnittelin palautekyselylomakkeen, jonka kysymykset ovat mahdollisimman ymmärrettäviä ja selkeitä. Palautteen keräämisen yhteydessä tein kohderyhmälle selväksi, että luotettavuutta parantaa se, että jokainen antaa vastaukset oman päätöksenteon pohjalta. Korostin myös, että vastauksia käytettäisiin tuotteen valmistamisen tueksi ja ne hävitetään opinnäytetyön valmistuttua. Hirsjärven ym. (2009) mukaan kyselytutkimuksella voi olla useita haittoja. Kysymyksiin ei vastata rehellisesti tai vastaaja ei ymmärrä kysymyksiä oikein.

6.1 Eettisyys

Hirsjärven ym. (2009, 23) mukaan tutkimusten tekemiseen ja tiedon julkaisemiseen on laadittu yleisesti hyväksyttävät tutkimuseettiset periaatteet ja niitä tulee noudattaa. Hyvän tieteellisen käytännön toteutumiseksi opinnäytetyön tekemisessä tulee huomioida mitä eettisiä kysymyksiä tulee tiedostaa ja noudattaa opinnäytetyön tekemisen aikana. Tässä opinnäytetyössä ei ole käytetty plagiointia. Plagiointi on eettisesti ja moraalisesti väärin. Se tarkoittaa tekstin kopiointia suoraan ilman selviä lähdeviitteitä ja lähteitä. Piittaamattomuus ilmenee laiminlyönteinä ja holtittomuutena tutkimustyötä tehdessä. Myöskään omia tutkimustuloksia ei voi plagioida. Saatuja tutkimustuloksia ei muutella tai kaunistella eikä yleistetä ilman kritiikkiä, eikä tutkimustulosten raportointi saa olla harhaanjohtavaa tai puutteellista. Myös mahdollista rahoitusta tutkimukseen ei saa käyttää väärin. (Opinnäytetyön eettiset suositukset 2006.)

Toimin ohjaustilanteessa sairaanhoitajana korkeaa ammattietiikkaa ja ammattitaitoa noudattaen, niin että toiminta on yhteiskunnallisesti luotettavaa (Opettajan ammattietiikka ja eettiset periaatteet 2015). Koin elvytyskoulutuksen olevan korkeasti eettinen aihe. Päätös elvyttämisestä tulee tehdä yksilöllisesti eettisten periaatteiden ja tieteellisen tutkimustiedon pohjalta. Puolestaan päätöksenteko elvytyksestä pidättäytymiseen voidaan jakaa neljään osa-alueeseen: potilaskohtaiseen ennalta tehtyyn DNR –päätökseen, ensihoitopalveluun annettuun yleisiin DNR –ohjeisiin, tilannekohtaiseen lääkärin päätökseen ja potilaan kieltäytymiseen hoidosta (hoitotahto). DNR –päätöksellä (do not resuscitate) tarkoitetaan päätöstä, jolla pidättäydytään potilaan elvyttämisestä. Ennalta tehtyjä DNR –päätöksiä on käytössä lähinnä vanhainkodeissa ja sairaaloissa. (Kuisma ym. 2013, 295.) Käypä hoito –suosituksen mukaan elvytystä ei tule aloittaa, jos potilaalla on hoitotestamentti tai jokin muu selkeästi elvytystoimet kieltävä tahdonilmaus, alkurytminä on asystole ja sydänpysähdyksen ajallinen kesto ei ole tiedossa, sydänpysähdyksen taustalla on trauma ja jos alkurytminä on asystole tai potilaan elottomuutta edeltäneet elintoiminnot ovat heikentyneet eikä elvytyksellä ole saavutettavissa hyötyä (lääkärin konsultaation perusteella). (Elvytys 2011.)

Elvytyksestä tulee pidättäytyä, jos sekundaariset kuolemanmerkit, kuolonkankeus ja lautumat ovat havaittavissa. (Iivanainen, Jauhiainen & Syväoja 2012, 322; Elvytys 2011.) Toiminta, mitä koulutin opinnäytetyönä, voi pelastaa ihmisen hengen. On erityisen tärkeää, että tuote perustuu uusimpaan tutkittuun tietoon ja tullaan toteuttamaan niiden pohjalta. Elvytystilanteet ovat stressaavia tilanteita eivätkä aina pääty toivottuun lopputulokseen, vaikka kaikki voitava olisi tehty. (Kuisma ym. 2013, 258, 299.)

6.2 Ammatillinen kehittyminen

Opinnäytetyöprosessin aikana minua ovat ohjanneet seuraavat sairaanhoitajan kompetenssit: ohjaus- ja opetusosaaminen, hoitotyön asiakkuusosaaminen, kliininen osaaminen, päätöksenteko osaaminen, terveyden edistämisen osaaminen, oppimisen taidot, eettinen osaaminen ja työyhteisöosaaminen, laaja-alaiset käytännölliset perustiedot ja –taidot sekä teoreettiset perusteet toimia työelämässä oman alan asiantuntijatehtävissä, valmiudet seurata ja edistää oman ammattialan kehittymistä, edellytykset oman ammattitaidon kehittämiseen ja elinikäiseen oppimiseen, riittävä viestintä- ja kielitaito oman alan tehtäviin sekä kansainväliseen toimintaan ja yhteistyöhön (Opiskelu ja tutkinnot ammattikorkeakoulussa 2016.) Ohjaus- ja opetusosaamisen yhtenä tavoitteena on, että osaa opettaa ja ohjata erilaisia asiakkaita sekä ryhmiä (Sairaanhoitaja- ja terveydenhoitajakoulutus 2014.) Elvytyskoulutuksessa ohjasin ja tuin Aurinkoranta-kodin henkilökuntaa ammatillisesti. Sain arvokasta kokemusta ryhmänohjauksesta. Ohjaus- ja opetusosaamisen tavoitteena on lisäksi osata käyttää tarkoituksenmukaista perusohjausmateriaalia ohjauksen tueksi (Sairaanhoitaja- ja terveydenhoitajakoulutus 2014). Valitsin ohjausmateriaaliksi SPR:n valmiin elvytysohjeistuksen ohjauksen tueksi. Tähän valintaan sain arvokasta neuvoa tutor –opettajaltani.

Kliinisen osaamisen kompetenssi käsittää muun muassa holistisen ihmiskäsityksen tunnistamisen ja ihmisen näkemisen fyysisenä, psyykkisenä ja hengellisenä kokonaisuutena. Kliiniseen osaamiseen kuuluu myös peruselintoimintojen tutki-

minen, arvioiminen ja ylläpito. (Sairaanhoitaja- ja terveydenhoitajakoulutus 2014.) Opinnäytetyöprosessin kautta oma käsitykseni ihmisestä kokonaisuutena vahvistui. Teoriatietoa hankkiessa olen saanut varmuutta peruselintoimintojen tutkimiseen, arviointiin ja ylläpitoon. Yksi tärkeä tavoite kliinisen osaamisen kompetenssissa on ensiavun anto erilaisissa hoito- ja toimintaympäristöissä, peruselvytyksen hallinta ja tarvittaessa elvytystoiminnan johtaminen (Sairaanhoitaja- ja terveydenhoitajakoulutus 2014). Ohjasin elvytyskoulusta ryhmittäin. Ohjaustilanteessa elvytysprotokolla toistui. Toistot ja käytännön harjoitukset toivat minulle ohjauskokemuksen lisäksi varmuutta omiin peruselvytystaitoihin.

Hoitotyön päätöksenteko osaaminen kattaa asiakaslähtöisen ja tavoitteellisen toiminnan vuorovaikutuksessa potilaan, perheen ja yhteisön kanssa. Siihen kuuluu myös hoitotyön tarpeen määrittely, suunnittelu, toteutus ja arviointi. (Sairaanhoitaja- ja terveydenhoitajakoulutus 2014.) Elvytyksen yhteydessä tämän kompetenssi koskettaa erityisesti päätöksentekoa elvytyksen aloittamisesta tai elvytyksestä pidättäytymisestä. Päätöksenteko osaamiseen kuuluu yhteistyö potilaan ja hänen läheistensä kanssa (Sairaanhoitaja- ja terveydenhoitajakoulutus 2014). Koulutuksen kautta olen kehittynyt ja saanut varmuutta myös perheen kohtaamiseen silloin kun elvytyksestä joudutaan syystä tai toisesta pidättäytymään.

Terveyden edistämisen osaaminen tarkoittaa terveyden edistämisen ymmärtämistä paikallisella, kansallisella ja kansainvälisellä tasolla. Tähän kompetenssiin sisältyy lisäksi terveyden edistämisen eettisten periaatteiden tunnistaminen, yksilön ja yhteisön terveysongelmien ja –uhkien tunnistaminen ja ennakointi. (Sairaanhoitaja- ja terveydenhoitajakoulutus 2014). Tämän opinnäytetyön kautta totesin terveyden edistämistä paikallisella tasolla. Toimeksiantajan kanssa tutustuin ja pohdin Aurinkoranta-kodissa elottomuuteen johtaviin syihin. Halusin opinnäytetyöni tuoman kokemuksen myötä kehittyä ja pyrkiä kiinnittämään enemmän huomiota yksilön terveysongelmiin ja/tai –uhkiin toimiessani sairaanhoitajana. Aktiivisella terveysuhkien tunnistamisella voin omalta osaltani olla jopa ehkäisemässä yksilön elottomuuden.

Sairaanhoitajalta edellytetään teoreettisen tiedon hyödyntämistä osana käytännön kliinistä osaamista (Jääskeläinen 2006, 68). Ensiapuosaaminen on tärkeä osa sairaanhoitajan kliinistä osaamista. Opinnäytetyöni kautta opin perustaidot

elottomuutta ennakoivista merkeistä, elottomuudesta ja sen hoidosta. Teoriatiedon kasvattaminen kyseisestä aihealueesta vahvisti osaamistani käytännön työssä. Aihepiiri sopi tämänhetkiseen työnkuvaani. Valmistumisen jälkeen tarkoituksenani on jatkaa työskentelyä ensihoidon alalla, mihin olen saanut vahvistusta ja vankan taitoperustan opinnäytetyöni kautta. Valitsin kyseisen opinnäytetyöni aiheen myös siksi, koska sairaanhoitajan työssä tavoitellaan terveyttä. Terveyden edistäminen ja parantaminen ovat myös hoitotyön tavoitteita. (Sairaanhoitajien eettiset ohjeet 2014.) Jokaisen velvollisuus on edistää terveyttä. Elottomuutta ennakoivien oireiden varhainen tunnistaminen, elvytys ja elvytyskoulutus ovat osa terveyden edistämistä.

6.3 Johtopäätökset ja jatkotutkimus ehdotukset

Opinnäytetyö on alusta alkaen suunniteltu ja valmistettu vastaamaan Aurinkoranta-kodin tarpeisiin. Prosessin aikana ilmeni kuitenkin muutamia selkeitä kehitystarpeita, kuten elvytyskoulutuksen säännöllinen järjestäminen. Elvytyskoulutusta ei oltu järjestetty moneen vuoteen ja henkilökunta koki itsekkin elvytyskoulutusta järjestettävän liian harvoin. Aurinkoranta-kodin henkilökunnan keskuudesta voitaisiin nimetä yksi tai kaksi elvytyskoulutusvastaavaa, joiden tehtävänä olisi muun muassa huolehtia elvytyskoulutuksen säännöllinen toteutuminen. Koulutus voitaisiin jatkossa toteuttaa heidän kouluttamaan tai vaikkapa SPR:ltä hankittava koulutuksena.

Elvytys on tilanne mikä yllättää ja voi saada ympäristössään kovaakin hätäännystä aikaan. Tuolloin itsestäänkin selvät asiat voivat unohtua, kuten hätänumero tai osoite missä ollaan. Mahdollisia tulevia elvytystilanteita varten laadin Aurinkoranta-kotiin muistilapun (Liite 5), jota he halutessaan voivat hyödyntää. Muistilappu on A4 –kokoinen ohje, mikä olisi hyvä sijoittaa näkyvälle paikalle. Siitä ilmenee elvytyksen protokolla potilaan kohtaamisesta alkaen (herättely, elottomuuden toteaminen, lisäävun hälyttäminen, elvytys). Muistilapun lisäksi olisi suositeltavaa, että henkilökunnan matkapuhelimeen ladattaisiin 112 Suomi – mobiilisovellus. Se on helppokäyttöinen ja ilmainen järjestelmä, mikä mahdollistaa soittajan sijaintitiedon välittämisen hätäkeskuspäivystäjälle automaattisesti.

(112 Suomi – mobiilisovellus hätäpuhelujen paikannukseen nopeuttaa avunsaantia hätätilanteessa 2015.) Hätänumeron muistamiseen hätätilanteessa oli jo kiinnitetty huomiota: se oli tallennettu henkilökunnan puhelimeen pikavalintanumeron alle.

Aurinkoranta-koti on kodinomaisuuteen toimintansa perustava yksikkö, minkä vuoksi sieltä ei löydy esimerkiksi defibrillaattoria. Suositeltavaa olisi, että tulevaisuudessa Aurinkoranta-kotiin hankittaisiin defibrillaattori. Sydänpysähdyksen satuttaessa selviytymiseen vaikuttaa merkittävästi aikaviive, jolloin sydämen oma rytmi ja verenkierto saadaan palautettua. Paineluelvytyksellä voidaan osittain ylläpitää verenkiertoa, mutta elottomuuden mahdollisesti aiheuttanut rytmihäiriö (VT/VF) voidaan poistaa vain defibrillaattorin tasavirtasähköiskulla. Viime aikoina defibrillaattoreita on alkanut ilmestymään terveyskeskusten ja sairaaloiden lisäksi julkisille paikoille kuten kauppoihin, ravintoloihin ja juna-asemille. Osasyynä lieenee uusimpien defibrillaattoreiden helppokäyttöisyys, mikä on madaltanut niiden käytön kynnystä. Ne tunnistavat luotettavasti defibrilloitavat rytmihäiriöt ja neuvovat käyttäjänsä toimimaan oikein ja turvallisesti. (Sydänsairaudet ja hoito 2015.)

Syksyllä 2015 Euroopan elvytysneuvosto ERC julkaisi uudet elvytyksen hoito-ohjeet, missä korostetaan hyvin vahvasti AED:n eli puoliautomaattisen defibrillaattorin käyttöä, mitkä ovat nykyisin helppokäyttöisiä ja käyttäjänsä ohjaavia. Varhain suoritettulla defibrillaatiolla voidaan pelastaa monta sydänpysähdyspotilasta. Päivitettyjen elvytysohjeiden pääsanoma on, että jos kaikki maallikot ja terveydenhuollon ammattilaiset osallistuisivat säännöllisesti elvytyskoulutukseen ja vielä käyttäisivät oppimiaan taitoja elvytystilanteessa parhaalla mahdollisella tavalla, pelastuisi Euroopassa vuosittain 100 000 ihmistä enemmän. (Summary of the main changes in the Resuscitation Guidelines 2015.)

Jatkotutkimusehdotuksena voidaan opinnäytetyöstä saadun tiedon perusteella suunnitella ja toteuttaa Aurinkoranta-kodin henkilökunnalle lisäkoulutusta, kuten tiimityöskentelystä elvytystilanteessa. Lisäksi voitaisiin selvittää, onko elvytyskoulutus vaikuttanut hoidon laatuun ja millä tavalla.

LÄHTEET

112 Suomi – mobiilisovellus hätäpuhelujen paikannukseen nopeuttaa avunsaantia hätätilanteessa. 2015. Häätäkeskuslaitos. Viitattu 28.12.2015. http://www.112.fi/ajankohtaista/uutiset/2/0/112_suomi_-mobiilisovellus_hatapuhelujen_paikannukseen_nopeuttaa_avunsaantia_hatatilanteessa_60636.

Ahvenainen, O. & Ikonen, O. & Koro, J. 2002. Johdatus erityiskasvatuksen käytäntöön. Vantaa. Dark Oy.

Aikuisen elvytysohjeet. 2011. Suomen Punainen Risti. Viitattu 05.03.2015. <https://www.punainenristi.fi/ensiapuohjeet/elvytys>.

Alaspää, A. & Kuisma, M. & Rekola, L. & Sillanpää, K. 2004. Uusi ensihoidon käsikirja. Helsinki. Tammi.

Alkoholiongelman hoito. 2011. Käypä hoito -suositus. Viitattu 25.02.2015. <http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suositukset/suositus?id=hoi50028>.

Aurinkoranta-koti 2012. Viitattu 18.10.2014. <http://aurinkorantakoti.net/toiminta.php>.

Castren, M. & Aalto, S. & Rantala, E. & Sopanen, P. & Westergård, A. 2009. Ensihoidosta päivystyspoliklinikalle. Helsinki. WSOY.

Castren, M. & Kinnunen, A. & Paakkonen, H. & Pousi, J. & Seppälä, J. & Väisänen, O. 2005. Ensihoidon perusteet. Keuruu. Otavan Kirjapaino Oy.

Elvytys. 2011. Käypä hoito –suositus. Viitattu 18.10.2014. <http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suositukset/suositus;jsessionid=A8AF6F0FC8EA541E056A30C10932C9F7?id=hoi17010>.

Elvytys. 2014. Suomen Punainen Risti. Viitattu 23.02.2015. <https://www.punainenristi.fi/ensiapuohjeet/elvytys>.

- Hakkarainen, K. & Lonka, K. & Lipponen, L. 2005. Tutkiva oppiminen. Järki, tunteet ja kulttuuri oppimisen sytyttäjinä. Helsinki. WSOY.
- Hakkarainen, K. & Lonka, K. & Lipponen, L. 2002. Tutkiva oppiminen. Älykkään toiminnan rajat ja niiden ylittäminen. Porvoo. WS Bookwell Oy.
- Hallikainen, J. & Väisänen, O. 2007. Simulaatio-opetus ensihoidossa. Finnanest 40 (5). Viitattu 17.01.2015. http://www.finnanest.fi/files/hallikainen_simulaatio.pdf.
- Hankonen. 2011. Hengenvaarassa. Häätä vaikeuttaa elvytystä. Varmuus lisääntyy vain harjoitusten myötä. Tehy 13/11, 14-19.
- Heikkilä, K. 2006. Työssä oppiminen yksilön lähtökohtien ja oppimisympäristön välisenä vuorovaikutuksena. Akateeminen väitöskirja. Tampereen Yliopisto.
- Helleluo, H. & Sainio, M. & Tenhunen, J. & Hoppu, S. 2012. Elvytetyn potilaan elämänlaatu 6 kk elvytyksestä – näkyvätkö uudet elvytys-suositukset elämänlaadussa? Tampereen Yliopisto. Finnanest 45 (4). Viitattu 29.03.2015. http://www.finnanest.fi/files/helleluo_elvytetyn.pdf.
- Hirsjärvi, S & Remes, P. & Sajavaara, P. 2008. Tutki ja kirjoita. Hämeenlinna. Karisto.
- Hoitohenkilöstön elvytyskoulutus on puutteellista. 2010. Väitöstutkimus. Helsingin Yliopisto. Viitattu 18.10.2014. <http://savotta.helsinki.fi/halvi/tiedotus/lehti.nsf/e1e392ad852e72f5c225680000404fa8/824a18f90959b962c22577f20039c738?OpenDocument>.
- Iivanainen, A. & Jauhiainen, M. & Syväoja, P. 2012. Sairauksien hoitaminen. Helsinki. Sanoma Pro.
- Inkinen, M. & Partanen, A. & Sutinen, T. 2000. Päihdehoitotyö. Tampere. Tammer-Paino Oy.
- Innovaatiojohtaminen. 2013. Työterveyslaitos. Viitattu 26.02.2015. http://www.ttl.fi/fi/tyoyhteiso_ja_esimiestyo/innovaatiivinen_tyoyhteiso/innovaatiojohtaminen/sivut/default.aspx.

Jämsä, K. & Manninen, E. 2000. Osaamisen tuotteistaminen sosiaali- ja terveysalalla. Vantaa. Tummavuoren kirjapaino Oy.

Jääskeläinen, T. 2006. Ammattikorkeakoulusta terveydenhuoltoon. Koulutuksesta valmistuvien ammatillinen osaaminen, keskeiset opinnot ja vähimmäisopintopisteet. Viitattu 15.5.2014.
<http://www.minedu.fi/export/sites/default/OPM/Julkaisut/2006/liitteet/tr24.pdf?lang=fi>.

Kankkunen, P. & Vehviläinen-Julkunen, K. 2013. Tutkimus hoitotieteessä. 3. uudistettu painos. Helsinki: Sanoma Pro Oy.

Korte, H. & Myllyrinne, K. 2012. Ensiapu. Suomen Punainen Risti. Espoo. Gummerus.

Kuisma, M. & Holmström, P. & Nurmi, J. & Porthan, K. & Taskinen, T. 2013. Ensihoito. Helsinki. Sanoma Pro Oy.

Kurola, J. 2015. Ensihoitolääkäri. Pohjois-Savon Sairaanhoidopiiri. Luento 10.02.2015.

Laki terveydenhuollon ammattihenkilöistä 559/1994. Finlex. Viitattu 20.02.2015.
<https://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1994/19940559?search%5Btype%5D=pika&search%5Bpika%5D=terveydenhuollon%20ammattihenkil%C3%B6>.

Lehtinen, V. & Taipale, V. 2005. Mielenterveystyö ja psykiatrinen sairaanhoito. Terveyskirjasto Duodecim. Viitattu 24.01.2015.
http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=suo00054.

Manninen, J. 2014. Toimitusjohtaja. Aurinkoranta-Koti. Haastattelu 19.09.2014.

Manninen, J. & Burman, A. & Koivunen, A. & Kuittinen, E. & Luukannel, S. & Passi, S. & Särkkä, H. 2007. Oppimista tukevat ympäristöt. Johdatus oppimisympäristöajatteluun. Vammala. Vammalan Kirjapaino Oy.

Medical Emergency Team (MET) – Apua osastolle elvytystä kevyemmin perustein. 2013. Finnanest. Viitattu 25.11.2015.
http://www.finnanest.fi/files/kantola_kantola_met.pdf.

Mielenterveys. 2015. Mannerheimin Lastensuojeluliitto, nuortennetti. Viitattu 18.10.2014. <http://www.mll.fi/nuortennetti/mielenterveys/>.

Mielenterveyslaki 1116/1990. 1990. Finlex. Viitattu 21.12.2014. <https://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1990/19901116>.

Mustajoki, M. & Alila, A. & Matilainen, E. & Rasimus, M. 2010. Sairaanhoidajan-käsikirja. Porvoo. WS Bookwell Oy.

Mustajoki, P. 2014. Kohonnut verenpaine. Lääkärikirja Duodecim. Viitattu 25.02.2015. http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dlk00034#s5.

Mäkinen, M. & Saari, L. & Niemi-Murola, L. 2011. Kohti tehokasta elvytyskoulutusta. Lääketieteellinen Aikakauskirja Duodecim. Viitattu 21.12.2014. http://www.duodecimlehti.fi/web/guest/arkisto?p_p_id=Article_WAR_DL6_Article_portlet&p_p_action=1&p_p_state=maximized&p_p_mode=view&p_p_col_id=column-1&p_p_col_count=1&viewType=viewArticle&tunnus=duo99383.

Nienstedt, W. & Hänninen, O. & Arstila, A. & Björkqvist, S-E. 2009. Ihmisen fysiologia ja anatomia. Helsinki. WSOY.

Opettajan ammattietiikka ja eettiset periaatteet. 2015. OAJ. Viitattu 26.02.2015. <http://www.oaj.fi/cs/oaj/opettajan%20ammattietiikka%20ja%20eettiset%20periaatteet>.

Opiskelu ja tutkinnot ammattikorkeakoulussa. 2016. Opetus- ja kulttuuriministeriö. Viitattu 03.03.2016. http://www.minedu.fi/OPM/Koulutus/ammattikorkeakoulutus/opiskelu_ja_tutkinnot/?lang=fi

Opetusmenetelmät opetuksen monipuolistajana. 2006. OAMK. Viitattu 10.05.2015. <http://www.oamk.fi/amok/oppimat/LO/Opetusmenetelmat06a/html/demonstraatio.html>.

Opinnäytetyöpakki. 2006. Opinnäytetyön eettiset suositukset. Kajaanin ammattikorkeakoulu. Viitattu 29.03.2015.

<http://www.kamk.fi/opari/Opinnaytetyopakki/Opinnaytetyoprosessi/SoTeLi/Opinnaytetyoprosessi/Eettiset-suositukset>.

Opinnäytetyöpakki. 2006. Tutkimuksen – opinnäytetyön tarkoitus ja tavoite. Kajaanin ammattikorkeakoulu. Viitattu 14.01.2015.

<http://www.kamk.fi/opari/Opinnaytetyopakki/Teoreettinen-materiaali/Tukimateriaali/Tavoite-ja-tarkoitus>.

Oppimisen taitojen kehittäminen. 2004. Viitattu 14.01.2015.
<http://www15.uta.fi/arkisto/verkkotutor/oppkeh.htm>.

Peruselvytys. 2012. Terveyskirjasto Duodecim. Viitattu 06.01.2015.
http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=spr00006.

Punkanen, T. 2001. Mielenterveystyö ammattina. Helsinki. Kustannusosakeyhtiö Tammi.

Päihdehuoltolaki 41/1986. 1986. Finlex. Viitattu 21.12.2014.
<https://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1986/19860041>.

Päihdeongelmat. 2011. Nuorten mielenterveystalo. Viitattu 18.10.2014.
https://www.mielenterveystalo.fi/nuoret/tietoa_mielenterveydesta/nuorten_mielen_terveysongelmat/Pages/paihdeongelmat.aspx.

Resuscitation 81 (2010) 1219-1451. 2010. ERC guidelines for resuscitation. Viitattu 18.12.2014. <https://www.erc.edu/index.php/doclibrary/en/209/1/>.

Rissanen, T. 2002. Projektilla tulokseen – projektin suunnittelu, toteutus, motiivointi ja seuranta. Jyväskylä. Pohjantähti.

Saaranen-Kauppinen, A. & Puusniekka, A. 2006b. Yleistäminen. KvaliMOTV - Menetelmä- opetuksen tietovaranto. Tampere. Yhteiskuntatieteellinen tietoarkisto. Viitattu 04.03.2015 http://www.fsd.uta.fi/menetelmaopetus/kvali/L6_2_3.htm.

Sairaanhoitaja- ja terveydenhoitajakoulutus. 2014. Kajaanin ammattikorkeakoulu, opinto-opas. Viitattu 27.11.2014. <http://www.kamk.fi/loader.aspx?id=36e411a0-b112-4528-9723-38df417e7e1f>.

Sairaanhoitajien eettiset ohjeet. 2014. Sairaanhoitajat. Viitattu 05.03.2015. <https://sairaanhoitajat.fi/jasenpalvelut/amatillinen-kehittyminen/sairaanhoitajan-eettiset-ohjeet/>.

Skrifvars, M. & Pettilä, V. & Rosenberg, PH. & Castrén, M. 2003. Elvytyksen jälkeisen välittömän sairaalahoidon vaikutus selviämiseen sairaalan ulkopuolella tapahtuneen sydänpysähdyksen jälkeen. Viitattu 23.02.2015. http://www.finnanest.fi/files/o_skrifvars.pdf.

Soppi, E. & Iivanainen, A. & Sikanen, L. & Jouppila-Kupiainen, E. 2014. Ilmapatjojen CPR-toiminto on hyödytön? Paineluelvytys. Tehohoito 14/1, 63.

Strukturoitu haastattelu. 2015. Tilastokeskus. Viitattu 05.03.2015. <https://www.stat.fi/virsta/tkeruu/04/01/index.html>.

Summary of the main changes in the Resuscitation Guidelines. 2015. ERC Guidelines. Viitattu 28.12.2015 http://www.cprguidelines.eu/assets/downloads/ERC_summary_booklet_HRES.pdf.

Sydänsairaudet ja hoito. 2015. Suomen Sydänliitto ry. Viitattu 28.12.2015. <http://www.sydan.fi/sydansairaudet-ja-hoito/defibrillaattori-sydanpysahdyspotilaan-avuksi>.

Tieliikennelaki 267/1981. Finlex. Viitattu 20.02.2015. <http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1981/19810267?search%5Btype%5D=pika&search%5Bpika%5D=tieliikennelaki#L4P57>.

Vilka, A. & Airaksinen, T. 2003. Toiminnallinen opinnäytetyö. Helsinki. Tammi.

LIITTEET

Kirjallinen tiedote

28.03.2015

Hyvä Aurinkoranta-kodin henkilökunta!

Olen sairaanhoitajaopiskelija Kajaanin ammattikorkeakoulusta. Tulen pitämään teille peruselvytyskoulutuksen __/__/2015. Koulutus toteutetaan opinnäytetyönä. Opinnäytetyöni tarkoituksena on kuvata peruselvytys ja sen toteuttaminen Aurinkoranta-kodissa. Opinnäytetyön tavoitteena on kehittää elvytyskoulutuksen avulla henkilökunnan elvytysosaamista ja sitä kautta parantaa hoidon laatua Aurinkoranta-kodissa.

Opinnäytetyötäni ohjaavat kysymykset ovat:

1. Miten tehokas peruselvytys toteutetaan?
2. Millaista on hyvä elvytyskoulutus?

Koulutus järjestetään pienryhmittäin ja yhden ryhmän koulutus kestää noin 1h. Toivoisin, että valmistautuisit etukäteen koulutukseen tutustumalla SPR:n elvytysmateriaaliin osoitteessa: https://www.punainenristi.fi/sites/frc2011.mearra.com/files/tiedostolataukset/Elvytysohjeet_aikuinen_2011.pdf

Koulutuksen sisältö:

- aloitus
- teoratiedon kertaus
- käytännön harjoitukset
- loppukeskustelu ja kirjallisen palautteen keruu

sairanhoitajaopiskelija

Ossi Parhankangas

Kajaanin ammattikorkeakoulu

Shm13kossip@kamk.fi

puh. 040-5001645

ohjaava opettaja

Taina Romppanen

Lehtori, KAMK

taina.romppanen@kamk.fi

puh.044-7101232

Painelu-puhalluselvytys (PPE) on elottoman aikuisen ensiapu

Kun henkilö menettää äkillisesti tajuntansa, toimi näin:



1. Saatko henkilön hereille?

Herättele häntä puhuttelemalla ja ravistelemalla.

Henkilö ei herää.



2. Soita hätänumeroon 112.

Voit myös huutaa apua ja pyytää paikalla olevia tekemään hätäilmoitus numeroon 112. Hätäkeskuksen antamia ohjeita tulee noudattaa.

Käännä tämän jälkeen autettava selälleen, ja selvitä hengittääkö hän normaalisti?



3. Avaa hengitystie.

Ojenna autettavan pää leuan kärjestä nostamalla ja toisella kädellä otsasta painamalla. Samalla **katso, kuuntele ja tunnustele hengitystä**. Liikkuuko rintakehä? Kuuluuko hengityksen ääni? Tuntuuko ilman virtaus poskellasi? Arvio onko hengitys normaalia, epänormaalia tai hengitys puuttuu. Mikäli epäröit, toimi kuin hengitys ei olisi normaalia.

Hengitys ei ole normaalia tai se puuttuu.



4. Aloita paineluelvytys.

Aseta kämmenesi tyviosa keskelle autettavan rintalastaa ja toinen kätesi rintalastalla olevan käden päälle. Sormet ovat limittäin. Paina suorin käsivarsin kohtisuoraan alaspäin 30 kertaa siten, että rintalasta painuu 5 - 6 cm. Anna rintakehän palautua paineluiden välissä. Keskimääräinen painelutiheys on 100 kertaa minuutissa, eikä ylitä 120 kertaa minuutissa. Laske painelut ääneen.



5. Puhalla 2 kertaa.

Avaa hengitystie. Aseta suusi tiiviisti autettavan suun päälle ja sulje sormillasi hänen sieraimensa. Puhalla rauhallisesti ilmaa autettavan keuhkoihin. Puhalluksen aikana katso, että autettavan rintakehä nousee (liikkuu). Toista puhallus. Kahden puhalluksen kesto on 5 sekuntia.

6. Jatka elvytystä tauotta rytmillä 30:2,

kunnes autettava herää: liikkuu, avaa silmänsä ja hengittää normaalisti, ammattihenkilöt antavat luvan lopettaa tai voimasi loppuvat.

PALAUTEKYSELYLOMAKE

Elvytyskoulutus Aurinkoranta-kodissa __/__/2015. Kiitos koulutukseen osallistumisesta! Nyt pyydänkin antamaan risuja ja ruusuja!

1. Mikä koulutuksessa oli mielestäsi onnistunutta?

2. Mitä kehitettävää koulutuksessa mielestäsi oli?

3. Vastasiko elvytyskoulutus odotuksiasi?

☐ Kyllä, miksi?

☐ Ei, miksi?

4. Koetko, että koulutus lisäsi valmiuksiasi kohdata eloton potilas?

☐ Kyllä, miksi?

☐ Ei, miksi?

KIRJALLINEN KOULUTUSSUUNNITELMA

AIKA ____/____/____ KLO _____

PAIKKA: Aurinkoranta-koti, Pyhäjärvi

OSALLISTUJAT: Aurinkoranta-kodin henkilökunta

OSALLISTUJAMÄÄRÄ: 10-15 henkilöä

KOULUTUSTILA: iso aulatila Aurinkoranta-kodissa, mihin sopii kerralla noin 30 henkeä. Aula on avara ja käytännön harjoituksiin on reilusti tilaa.

KOULUTTAJA: sairaanhoidajaopiskelija Ossi Parhankangas

KOULUTUKSEN TAUSTA: opinnäytetyö

TOTEUTUSTAPA: käytännön harjoituksina elvytysnukella pienryhmissä

- YHDEN RYHMÄN KOKO: 3-5 henkeä

- YHDEN RYHMÄN KOULUTUKSEN KESTO: 60 minuuttia

KOULUTUKSEN SISÄLTÖ JA AIKATAULU:

- koulutuksen avaus, kouluttajan esittely: 2-5min
- teorialiedon kertaus: 10 min
- käytännön harjoittelu: 30 min
- keskustelua ja mahdollisten kysymysten esittäminen: 20 min
- palautteen kerääminen: 2-5 min

TARVITTAVAT VÄLINEET:

- elvytysnukke: perus elvytysnukke, jolla mahdollista harjoitella puhallus-paineluelvytystä. Nukke antaa palautetta arvioimalla painelun syvyyttä. Painelun laadun ja puhalluselvytyksen arviointi tulevat kouluttajan toimesta.
- puhdistusvälineet : desinfiointiaine ja talouspaperia. Hygienia syistä nukun suuosan puhdistukseen puhalluselvytystä antavan vaihtuessa.
- palautekyselylomakkeet
- kyniä ja kirjekuori palautekyselylomakkeille

